

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

No 342

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 13 Juillet 1900, à 1 heure

Par JEAN-BAPTISTE KERBIRIOU

Né à Brest (Finistère), le 11 Juillet 1872.

SUR LES

KYSTES DU CANAL DE NÜCK

Président : M. TILLAUX, professeur.

Jugés : MM. KIRMISSON, professeur.

BROCA Aug. et WALTHER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

342

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 13 Juillet 1900, à 1 heure

Par JEAN-BAPTISTE KERBIRIOU

Né à Brest (Finistère), le 11 Juillet 1872.

SUR LES

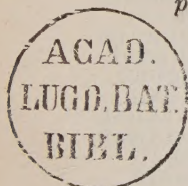
KYSTES DU CANAL DE NÜCK

Président : M. TILLAUD, professeur.

Juges : MM. KIRMISSON, professeur.

BROCA Aug. et WALTHER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BLANCHARD.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		HUTINEL.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BRISAUD.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LEDENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.

Agréés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBAÏRRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HEIM.	TEISSIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LAUNOIS.	THOINOT.
CHARRIN.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	VARNIER.
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.
DESGREZ.	MARFAN.	WALTHER.
DUPRÉ.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
FAURE.	MENETRIER.	WURTZ.
	MERY.	

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

La délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR GUERMONPREZ

Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX,

Professeur de Clinique chirurgicale, à la Faculté de médecine de Paris,

Chirurgien de l'Hôpital de la Charité,

Membre de l'Académie de Médecine,

Commandeur de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

De nombreuses controverses ont été soulevées sur la question du canal de Nüek. Son existence même a été contestée. On a dit que ce conduit était créé de toutes pièces par une sorte d'erreur des anatomistes; et M. S. Duplay a enseigné que la description connue se rapportait, non pas à un diverticule péritonéal de la vie intra-utérine et dont la non oblitération serait imputable à une défectuosité du développement, — mais bien à un sac herniaire deshabité depuis un temps prolongé et transformé peu à peu en un véritable canal séparé tardivement d'avec la séreuse primitive.

Aujourd'hui la question a marché; des cas nombreux se publient tous les ans et maintenant personne ne songe même à discuter l'existence du canal de Nüek. Aussi, n'entreprendrons-nous pas l'étude générale de la question. Dans le courant de nos études, nous avons eu l'occasion d'observer avec M. le professeur Guermontprez, un cas de kyste du canal de Nüek coexistant avec une pointe de hernie inguinale oblique externe.

La cure radicale permit à l'opérateur d'enlever la poche sans en érailler la paroi. Le liquide contenu put ainsi être analysé. La poche renfermait en outre deux corps étrangers, l'un libre dans la cavité, blanc, lisse, à consistance rénitente et du volume d'un pois, l'autre pédiculé et de la grosseur d'un gros grain de mil. — Notre intention était d'étudier au point de vue anato-pathologique et histologique et la poche et les corps étrangers. Malheureusement les pièces, conservées dans le formol furent égarées et jamais retrouvées. Une photographie de la poche, ouverte et étalée, montrant les corps étrangers fut cependant faite le lendemain même de l'opération, C'est cette photographie que représente notre gravure.

Laissant donc de côté et l'historique et la symptomatologie, nous discuterons, dans un premier chapitre, la coexistence d'un kyste du canal de Nüek avec la hernie inguinale oblique externe. — Dans un deuxième chapitre nous donnerons l'analyse du liquide. — Dans les deux chapitres suivants, nous résumerons les divers aperçus sur la pathogénie et l'étiologie, ainsi que les éléments du diagnostic. — Dans le chapitre *Traitement* nous recommanderons la cure radicale, cest-à-dire l'extirpation de la poche.

Et maintenant, avant d'entrer dans la carrière, qu'il nous soit ici permis de remercier d'un cœur reconnaissant et nos parents qui nous ont prodigué les sacrifices et nos maîtres de Lille et de Paris qui nous ont prodigué les conseils. A nos maîtres de Lille, notre souvenir ira particulièrement à M. le professeur Léon Der-

ville qui guida nos premiers pas à l'hôpital, à MM. les professeurs Duret et Augier, dont nous fûmes pendant deux ans l'externe à l'hôpital Sainte-Eugénie et à l'hôpital des Enfants.

Mais il en est un surtout envers lequel nous avons contracté une dette de reconnaissance qui ne s'éteindra qu'avec la vie. Durant notre internat à la maison de Secours aux blessés de l'industrie et dans les différentes phases de la vie, il n'a cessé de nous témoigner une bienveillante sympathie et de nous aider de ses judicieux conseils. Que M. le professeur Guermonprez veuille bien recevoir ici l'expression de notre plus vive reconnaissance et de notre plus profond respect.

M. le professeur Tillaux, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous permettra de lui offrir l'expression de notre respectueuse gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

COÏNCIDENCE D'UNE HERNIE INGUINALE OBLIQUE EXTERNE AVEC UN KYSTE DU CANAL DE NÜCK

La coïncidence d'une hernie avec un kyste du canal de Nüch a été souvent observée. M. le docteur P. Berthelin en a fait l'objet d'une de ses conclusions, la cinquième : « L'hydrocèle de la femme s'accompagne souvent de hernie inguinale ». (p. 144).

D'autres en ont fait un sujet de contradictions. On en trouve un témoignage séculaire dans une observation de Desault (*Journal de chirurgie*, I). « Une petite fille de douze ans portait depuis plusieurs années à l'aîne droite une tumeur qui s'accroissait de jour en jour. Un chirurgien, croyant à une hernie, conseilla

de porter un bandage. On l'amena à l'Hôtel-Dieu (de Paris); la tumeur était ovale, s'étendait immédiatement depuis l'anneau jusqu'à la grande lèvre du même côté; elle semblait augmenter et descendre quand la malade toussait et criait. Si l'on portait les doigts vers l'anneau, elle paraissait se prolonger à travers cette ouverture. Ces signes pouvaient en imposer et faire croire à l'existence d'une hernie. Desault fit quelques tentatives pour opérer la réduction de cette tumeur, mais il ne put la faire rentrer. Il eut alors des doutes sur la nature de cette maladie : prenant légèrement la tumeur entre les doigts, il y sentit la fluctuation. Une lumière placée du côté opposé à celui où on regardait cette tumeur la rendait transparente dans toute son étendue. Si on la déprimait avec la main en la tirant en bas, elle s'éloignait de l'anneau et faisait entre elle et cette partie un vide où l'on pouvait enfoncer le doigt et reconnaître qu'elle n'était formée par aucun prolongement de la cavité abdominale. Ce signe seul, ajoute Desault, détruisait tout soupçon de hernie. La tumeur fut jugée être une tumeur aqueuse, de la nature des hydatides et que l'on pourrait appeler hydrocèle par quelque ressemblance avec cette maladie chez les hommes. Desault proposa de la guérir en l'opérant. — La jeune fille retourna vers le premier chirurgien, qui persista dans son opinion; un troisième fut du même avis et *recommanda de ne permettre aucune opération*. — La mère revint, quinze jours plus tard, revoir le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui porta le même jugement et proposa le même moyen de guérison que la

première fois. — L'opération fut pratiquée le 19 septembre 1789; le chirurgien, placé au côté droit de la malade placée sur le dos et assujettie par des aides, fit un pli perpendiculaire à l'axe de la tumeur, chargea un aide d'en soutenir une extrémité et incisa le pli de haut en bas avec un bistouri droit. Saisissant ensuite et soulevant entre le pouce et l'index de la main gauche les bords de cette plaie, pendant que l'aide en faisait autant de son côté, il prolongea l'incision jusqu'à la partie inférieure de la tumeur. On trouva, immédiatement sous la peau, une poche ou kyste, en forme de sac herniaire, qui n'était unie à cette partie que par un tissu cellulaire lâche et mince. La transparence de la tumeur parut plus sensible et la fluctuation plus marquée. La certitude de la présence d'un fluide à la partie antérieure de la tumeur la fit ouvrir sans crainte en y enfonçant la pointe d'un bistouri : il en jaillit aussitôt un jet d'une humeur limpide. Le sac fut incisé dans toute son étendue sur une sonde cannelée ; *on reconnut alors la justesse du diagnostic* : il n'y avait aucune partie solide dans cette poche ; elle ne contenait qu'environ plein un verre d'une humeur, claire et très fluide, de la nature de la sérosité lymphatique que l'on trouve dans les hydrocèles. Le sac n'était pas formé par le péritoine, mais, comme dans tous les kystes, par du tissu cellulaire, dont plusieurs feuillets avaient été appliqués et collés l'un sur l'autre. On laissa le fond, que l'on n'aurait pu disséquer qu'avec beaucoup de difficulté. — *Pendant les cris*, que poussait la malade, *on voyait apparaître*, à la

partie supérieure et dans l'intérieur de cette poche, vers l'endroit répondant à l'anneau inguinal, *une tumeur* approchant du volume de la moitié d'une grosse noix. *Elle disparaissait lorsque la malade cessait de crier*; elle était d'une couleur grisâtre et *rentrait par une légère compression*. *On ne douta pas qu'elle ne fut formée par le péritoine poussé avec les intestins à travers l'anneau*. Cette disposition donna l'explication d'un signe, que présentait cette tumeur et qui était des plus propres à jeter *un doute (sic)* sur sa nature et en induire en ERREUR, à savoir son augmentation quand la malade toussait. — La cavité fut bourrée de charpie; des compresses longuettes furent maintenues par le bandage triangulaire de l'aîne. La guérison fut obtenue en vingt-cinq jours. » M. Rabève, *Pathogénie des kystes séreux dits hydrocèles de la femme*; thèse Paris 1883). M. P. Berthelin (p. 95) et bien d'autres rangent ce fait parmi ceux où il y a une coïncidence entre une hernie et un kyste du canal de Nück. L'accusation d'erreur formulée par Desault en contradiction avec deux de ses confrères est un coup qui ne porte plus. Sa façon d'envisager les symptômes certains de la hernie, en y apportant le ton dédaigneux d'un simple doute, est un procédé d'argumentation, qui ne convainc plus personne. — On sait actuellement que la coïncidence d'une hernie avec un kyste du canal de Nück est, non seulement possible, même assez commune. On l'ignorait au temps de Desault : c'est son excuse.

Il s'en faut toutefois que la coïncidence soit banale et toujours de même sorte.

Le kyste est parfois un accessoire de bien minime importance. M. A. Broca l'a observé, le 24 janvier 1892, chez une couturière de 19 ans, au cours d'une cure radicale de hernie inguinale ; il est tombé d'abord sur un petit kyste séreux préherniaire, gros comme une noisette et contigu au sac herniaire. Au cours de l'opération, le ligament rond n'a même pas été vu. (Cachau, *kyste du cordon et du canal de Nüch*, thèse, Paris, 1893, p. 59).

La surprise de cette trouvaille au cours d'une kélotomie s'explique plus particulièrement chez les enfants. Ce fut le cas observé par M. Delanglade, le 29 août 1893, à l'hôpital Trousseau, à Paris. Une fille de quatre ans et demi est prise de vomissements alimentaires ; on l'examine ; on trouve une tumeur ressemblant à une hernie inguinale assez volumineuse ; on ne peut la réduire, bien qu'elle ne descende pas jusque dans la grande lèvre ; et on l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic de hernie étranglée. L'enfant ne cesse de crier et de se débattre ; on chloroforme et on constate que le ventre est souple, la tumeur mobile et dépourvue de pédicule. Cependant, M. Delanglade opère en vue de réaliser la cure radicale ; il extirpe d'abord un kyste du volume d'un gros œuf de pigeon contenant un liquide jaunâtre et filant ; puis il trouve, *derrière et en dedans*, une petite pointe de hernie, dont le sac se continue obliquement avec le kyste et sans étranglement ; il fait une dissection très laborieuse des fibres

du ligament rond et termine l'opération comme de coutume.

M. P. Berger a raconté à la *Société de chirurgie* une opération plus complexe pratiquée le 29 avril 1892. Il s'agissait d'une blanchisseuse de 45 ans, dont la hernie inguinale, datant d'une vingtaine d'années, ne se réduisait qu'avec peine, peut-être même pas d'une manière complète. — Lorsque l'incision est suffisante, on découvre un sac recouvert d'une sorte d'enveloppe dartoïque et sillonné de veines volumineuses. La paroi du sac est saisie et incisée; sa cavité ne renferme pas de liquide; mais elle est remplie par une saillie, qui ressemble, au premier abord, à une anse intestinale. En explorant cette cavité, on la voit s'étendre de la partie supérieure de la grande lèvre jusqu'aux limites supérieures du trajet inguinal; on constate qu'elle ne communique nulle part avec la cavité péritonéale, qu'elle se termine en cul de sac au niveau de l'anneau inguinal profond, que la séreuse qui la tapisse se réfléchit sur la saillie qui pénètre dans son intérieur et qui avait d'abord été prise pour l'intestin. Celle-ci même n'a ni la forme, ni l'apparence de l'intestin; sa surface est constituée par une membrane mince, à travers laquelle on voit l'épiploon par transparence. C'est le véritable sac herniaire, qui fait saillie dans la cavité antérieurement ouverte et qui n'est qu'un kyste de la grande lèvre. Pratiquée ensuite, l'incision de cette membrane ouvre la véritable cavité du sac; on amène une portion volumineuse, friable et très épaisse d'épiploon; on l'excise après en avoir as-

.

suré la ligature en chaîne ; puis on énuclée assez facilement le sac, dont on poursuit l'isolement bien au-dessus de l'anneau inguinale interne. Chemin faisant, on constate : 1° que la paroi, qui sépare le sac herniaire de la cavité où il proémine, est unique, non dédoublable, solide et résistante, quoique très mince ; 2° que le sac et la cavité kystique qui l'entoure sont très adhérents au ligament rond, dont on peut toutefois les séparer ; qu'en le faisant, on isole le ligament rond sur une grande longueur, et même on désinsère son extrémité antérieure ; 3° que la hernie est bien une inguinale oblique externe ; 4° que le collet du sac fréquente une valvule circonscrite très tranchante, au niveau, ou même un peu au-dessus de l'anneau inguinal profond.

M. le docteur Eug. Van Heuverswyn a rapporté (*Soc. anatomo-clinique de Lille*), les péripéties d'une opération mouvementée par des surprises du même genre. (*J. des sc. méd. de Lille*. 1893, I. 229). Une dévideuse, âgée de 37 ans, souffrait du ventre ; mais elle était tellement préoccupée de sa hernie, qu'elle n'attirait même pas l'attention vers l'hématocèle rétro-utérine, qui la rendait malade. Elle obtint des manœuvres de taxis, qui furent vigoureuses jusqu'à rompre le kyste préherniaire et donner à son liquide un caractère hématique. L'opération fut menée à peu près comme dans le cas de M. Berger et terminée par une cure radicale.

Qu'on n'argue pas, après coup, que le diagnostic* aurait dû être fait ! S'il faut en croire Weichselmann,

il y a des cas, où le diagnostic doit être considéré comme impossible ; ce sont ceux où il faudrait différencier une hydrocèle suppurée et une hernie étranglée. L'opération est l'unique ressource pour connaître ce dont il s'agit.

Theilhaber a opéré une cuisinière de 42 ans, qui n'avait jamais eu de hernie, et dont la tumeur inguinale droite s'était développée en trois semaines. La poche fut ouverte : il s'en échappa une grande quantité d'un liquide trouble, floconneux : la cavité, segmentée en cinq compartiments, communiquant entre eux, était rouge, congestionnée sur toute sa surface interne ; l'un de ces compartiments renfermait un kyste du volume d'une fève avec un contenu parfaitement limpide, mais pas d'intestin, (D'après Weichselmann).

Chiari a relaté en 1879 (*Wiener medicinalblatt*), trois faits encore plus obscurs que M. Berthelin a traduits de la thèse de Weichselmann. Il suffit d'y renvoyer le lecteur, (p.p. 78, 79), qui appréciera combien il est sage de réserver des affirmations aussi difficiles à établir sur de bons arguments. Dans les trois cas, la tumeur fut ouverte. La première donna issue « à un liquide analogue à du purin ». Pour la seconde, on tomba dans une cavité à parois lisses présentant des diverticules et remplie d'un liquide séreux. La troisième opération conduisit à dénuder une poche, qu'une cloison partageait en deux loges, avec un contenu puriforme, et une paroi congestionnée, à surface velvétique, comme une muqueuse. — Dans les trois cas, on avait compté sur un étranglement de hernie ingui-

nale chez la femme. Les trois se sont terminés par la guérison.

Brünner aussi croyait avoir affaire à des accidents d'étranglement herniaire. Son opération lui permit de vider un sac rempli d'un liquide puriforme mélangé de caillots de fibrine; mais il ne trouva pas d'intestin. Son opérée mourut le surlendemain; et l'autopsie fit découvrir un pyo-salpinx et une péritonite suppurée, sans étranglement intestinal.

Il existe cependant un fait connu d'étranglement herniaire chez une femme atteinte d'un kyste du canal de Nüch. L'observation est de Kühn (*Gaz. méd. de Paris*, 1859.) L'opération fut faite cinq jours après un accouchement; elle est bien racontée par le chirurgien lui-même : « Je saisis la pellicule du sac, que j'incisai en dédolant. Il s'écoula une quantité assez notable, la moitié d'un verre à boire environ, d'une sérosité limpide et je crus avoir pénétré dans le véritable sac, mais je n'avais ouvert qu'un kyste contigü au sac; car, en portant l'index gauche vers l'anneau pour faire le débridement, je ne pus engager l'extrémité du doigt entre l'intestin et l'anneau, parce qu'un tissu membraneux recouvrait le tout et faisait dévier le doigt. Je dus conclure de cela que j'étais encore en dehors du sac; il s'agissait donc de continuer cette espèce de dissection fine qui consiste à ouvrir le sac sans blesser l'intestin : je saisis alors la pellicule, qu'il fallait supposer plus qu'on ne pouvait la distinguer, et je l'incisai de la même manière que la première fois. J'arrivai ainsi dans la cavité d'un second sac, qui était le véri-

table et d'où il s'écoula seulement une petite quantité de sérosité. Cette fois, l'intestin fut entièrement à découvert ; je n'éprouvai plus la moindre difficulté pour glisser l'extrémité du doigt sous le bord de l'anneau et pour débrider ; le débridement fut fait directement en haut. L'anse intestinale, longue de 10 à 12 centimètres, presque vide de gaz et de matières alimentaires, était fortement injectée, sans cependant présenter rien de suspect ou de gangréneux : la réduction fut l'affaire d'un instant. » (Darvieu, *Des Tumeurs de la grande lèvre, dites improprement hydrocèles de la femme*, thèse, Montpellier, 1867 ; Berthelin, thèse, Paris, 1894, page 83.)

Et M. le docteur Paul Berthelin ajoute ; « Lorsqu'on se trouve en présence d'un fait analogue, il est presque certain que le kyste ne sera pas diagnostiqué. Les symptômes d'étranglement dominant la scène » (p. 84).

« Chaque fois qu'on se trouvera en présence d'une tumeur de la région inguinale chez la femme, sans signes absolument nets d'étranglement, il sera bon de se défier et d'envisager la possibilité d'une hydrocèle enflammée : ainsi on évitera les désastres, que pourraient amener les tentatives de réduction » (p. 85.)

Sacchi (*Annali universali di medicina*, 1831.) fit une opération du même genre, le 1^{er} novembre 1827, à l'hôpital de Venise, sur une domestique âgée de 60 ans. La malade était abattue ; sa face était pâle, sa langue blanche ; les nausées continuelles étaient de temps en temps suivies de vomissements fétides : il n'y avait pas eu de selle depuis la veille. Chacun pen-

sait qu'il y avait étranglement herniaire dans la tumeur inguinale du côté droit ; elle était énorme, rénitente, irrégulièrement cylindrique. L'incision selon l'axe mit à découvert une membrane lisse, dont l'ouverture donna issue à une grande quantité de sérosité jaunâtre. L'évacuation du liquide fit disparaître la presque totalité de la tumeur, sauf une portion située à la partie inférieure de la région inguinale. Celle-ci persista pendant toute la durée du traitement. Dès que la malade put se lever, on reconnut qu'il s'agissait d'une hernie que la plus légère pression faisait rentrer sans difficulté (Cf. Duplay ; puis Berthelin, p. 103.)

Fleming, en 1852, reconnut la coïncidence dans des conditions analogues. Après l'évacuation du liquide, il avait remarqué que les deux anneaux inguinaux étaient larges et dilatés, que le canal entre les deux presque effacé par leur rapprochement ; mais il persistait à écarter l'idée de hernie, malgré l'affirmation de la malade. Il fallut que celle-ci quittât le lit, pour que le chirurgien pût voir apparaître une hernie vraie. (*Dublin, hospital Gazette*, 1854, Berthelin, p. 108.)



CHAPITRE II

ANATOMO-PATHOLOGIE

Pour élucider cette question il convient de tirer parti des observations où il y a coïncidence entre la hernie inguinale et le kyste de la grande lèvre et d'en apprécier les connexions et les rapports avec quelques détails. L'observation suivante, qui comprend un examen du liquide de la poche, examen donné ailleurs, a pour but d'y contribuer :

OBSERVATION PERSONNELLE

(Communication à la Société anatomo-clinique de Lille) (1).

Une femme de 35 ans se préoccupe d'une hernie inguinale

(1) *Journal des Sciences médicales de Lille*, 12 novembre 1898.
Note sur un kyste du canal de Nüek coïncidant avec une pointe de hernie inguinale oblique externe.

du côté droit. Actuellement veuve, après une seule année de mariage, sans accouchement et sans avortement, elle ne paraît pas s'être observée de bien près. Elle suppose que sa hernie dite d'une année environ, et elle l'attribue à un effort de banalité. On ignore quel était le volume et quelle en était la limite inférieure à l'époque de la première remarque faite par la malade.

En novembre 1897, la malade ne souffre pas davantage ; mais elle se détermine à demander une opération qui la délivre de son infirmité.

C'est une femme de haute taille, d'embonpoint un peu au dessous de la moyenne, de bonne santé habituelle. Habitée à quelques travaux pénibles, elle montre que le volume de sa hernie augmente dès le moindre effort, et que d'ailleurs la réductibilité n'est jamais satisfaisante, même dans les conditions les plus rationnelles,

La tumeur a bien la configuration de la hernie inguinale du côté droit, descendue jusqu'au bas de la grande lèvre. Depuis l'anneau jusqu'à sa limite inférieure, elle mesure 13 ou 14 centimètres. Son diamètre transversal ne dépasse guère 4 ou 5 centimètres dans sa portion la plus large, qui est voisine de l'extrémité inférieure : il en résulte un aspect allongé, qui donne un ensemble comparable à la forme d'une poire dite « calebasse ». La consistance est molle, souple, indolore. La matité est complète dans toute son étendue. La transparence n'est perceptible que dans les portions les plus déclives, là où les téguments présentent le moins d'épaisseur. Quelques vagues apparences d'une sorte de partage en plusieurs lobes, sont facilement élucidées, en pinçant les tissus, — ce qui est facile. On discerne que les éléments du ligament rond, sont étroitement groupés vers le pédicule ; on sent qu'ils s'étalent en descendant et qu'ils acquièrent par des incurvations anasto-

motiques une résistance localisée, d'où résultent quelques minimes dépressions, qui ne rappellent que de loin les sillons interlobaires des tumeurs nettement différenciées en lobes. Par ailleurs, le liquide reflue librement de l'une à l'autre des parties du kyste.

Pour apprécier, si le conduit funiculaire est perméable, c'est le décubitus dorsal, qui est le plus avantageux. La palpation comparative de l'anneau inguinal droit et de son congénère, permet de discerner nettement les éléments du ligament rond et de les séparer d'avec le cul-de-sac le plus supérieur du kyste. Dans ces conditions, on ne trouve pas plus d'épaisseur d'un côté que de l'autre. Par ailleurs, le taxis, même proiongé, ne produit aucun changement dans le volume du kyste : c'est d'autant plus remarquable que l'anneau inguinal du côté droit est tellement dilaté, qu'il laisse facilement enfoncer le doigt et presque le pouce. Cette exploration conduit à reconnaître que le trajet du canal inguinal n'a plus son obliquité en haut et en dehors, que l'on a coutume d'observer ; il est direct d'avant en arrière et il présente un pourtour épais, selon le type habituel des hernies congénitales.

Pour apprécier la part imputable à la hernie, la malade se tient debout. Au repos, les deux régions inguinales se montrent presque parfaitement symétriques. Mais le moindre effort suffit à manifester l'issue de l'entéroccèle. Le volume est à peu près celui d'une noix. Le siège demeure celui de la pointe herniaire, sans même prendre le type interstitiel. La réduction est facile ; elle se fait spontanément par le décubitus dorsal.

Il est à signaler que le père de la malade, âgé de 75 ans, a été atteint d'une hydrocèle et qu'il est encore porteur d'un kyste du cordon spermatique.

L'opération est pratiquée à Saint-Flovis le 11 novembre 1897,

après les dispositions régulières de désinfection, mais sans chloroformisation. L'incision est presque rectiligne et suit l'axe de la tumeur, en commençant un peu au dessus du niveau de l'anneau et en se terminant à distance de la limite inférieure du kyste. La surface de celui-ci est aisément découverte. La limite inférieure est dégagée par énucléation au moyen des doigts. Son pourtour est découvert peu à peu, en passant entre les nombreux feuillets cellulo-fibreux par une sorte de clivage, puis en les sectionnant un à un au niveau de leur insertion sur la surface du kyste. On en trouve ainsi sur tout le pourtour; les plus volumineux et les plus nombreux paraissent être ceux du côté interne. A mesure que le pédicule est découvert, on apprécie davantage la consistance quasi diffluente du tissu cellulaire : c'est vraiment le même type que celui du dartos ou du cordon spermatique.

Dès que le pédicule est mis à nu, il se présente un doute : celui de savoir où se termine le kyste. En effet, la limite supérieur de kyste fait corps avec un faisceau qui pénètre dans le canal inguinal et se continue manifestement avec les organes contenus dans l'abdomen. Afin d'en mieux discerner les éléments, la différenciation en est poursuivie jusqu'au moment où il devient facile de reconnaître la terminaison du kyste en un cul-de-sac très net. Immédiatement en dedans de celui-ci, il est facile de voir et de sentir le ligament rond, dont les éléments sont encore étalés et adhérents sur le côté interne du kyste. Derrière ce pédicule, dont il est facile d'amener 2 ou 3 centimètres de dedans au dehors du ventre, on ne reconnaît rien qui ressemble à un sac herniaire. Il est donc bien certain que le feuillet péritonéal, qui constitue le sac, est accolé au ligament rond.

Avant d'en faire la ligature, on constate que ce sac est déshabité. Une sonde cannelée en transperce le milieu, de façon

que les deux moitiés soient liées au moyen d'un catgut volumineux. La tumeur est alors excisée avec une portion du sac herniaire, et il est facile de distinguer la séreuse péritonéale d'avec la paroi du kyste, qui n'a pas été vidé.

Trois points de suture au catgut double ferment ensuite l'anneau inguinal, dont le pourtour est épais, surtout sur le bord interne ; puis la suture des téguments, est faite au crin de Florence, en observant un trajet sous-cruenté (ce qui supprime le drainage) dans toute la région qui répond à la grande lèvre, tandis qu'elle est conduite à la façon ordinaire au dessous de la portion supérieure de la plaie. L'hémostase a été faite par torsion et le pansement antiseptique n'est que médiocrement compressif. Guérison.

Il y a des cas où le doute persiste toujours sur la coïncidence entre une hernie et un kyste du canal de Nüek. Il faut alors une grande perspicacité pour répondre aux indications si mal définies qu'elles soient. On en jugera par l'observation suivante :

OBSERVATION

J.-L. Reverdin. Extrait de la *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1895.

Hydrocèle féminine communicante, développée soit dans un sac herniaire soit dans le canal de Nüek.

B... Françoise, 47 ans, demeurant à Veigy.

M^{me} B...m'a déjà consulté plusieurs fois depuis deux ans pour un fibrome utérin, très dur, du volume d'une tête, ne donnant pas lieu à de fortes hémorragies et pour lequel je lui ai fait faire de la galvanisation à faibles intensités et prendre des gouttes d'hydrastis canadensis. Elle a de plus, dans l'aîne droite, une tumeur paraissant liquide, partiellement réductible et d'un diagnostic incertain.

Cette tumeur a énormément augmenté, de sorte qu'elle se décide à suivre le conseil que je lui ai donné depuis longtemps de se soumettre à une opération.

Elle n'a jamais été malade. Elle ne connaît pas de cas de tumeurs dans sa famille; sa mère morte à 80 ans avait une hernie. Réglée à 16 ans. Règles régulières durant deux jours, revenant toutes les trois semaines; dans sa jeunesse, de 18 à 20 ans elle a été sujette à des évanouissements et à des épistaxis à la fin des règles; celles-ci ont été parfois irrégulières et trop fréquentes.

Mariée en 1876, pas de grossesse.

Il y a cinq ou six ans elle s'aperçoit qu'elle a dans le ventre une grosseur dure, grosse comme un œuf; elle n'éprouve quelques douleurs qu'aux époques; pas de métrorragies.

Cette grosseur augmente peu à peu et il y a cinq ans elle consulte le docteur Jentzer. Elle vient me voir il y a dix-huit mois; je diagnostique un fibrome utérin probablement en partie calcifié. Je prescris la galvanisation et l'hydrastis; la grosseur est stationnaire depuis

Il y a six ans, au printemps, étant à travailler à la vigne, elle éprouve, à 6 heures du soir, une violente douleur dans le ventre avec envies de vomir; elle rentre avec grande peine chez elle, s'évanouit, puis se met au lit; on sent une grosseur dans l'aîne droite; on applique des linges chauds et les dou-

leurs très vives cessent brusquement à 4 heures du matin ; il persiste dans l'aine une grosseur mais moins volumineuse.

Depuis lors elle n'a plus de crise, pas même de douleur, mais une gêne croissante. Elle va dix-huit mois plus tard chez M. Demaurex qui lui applique un bandage herniaire, mais la tumeur est difficile à rentrer ; il ne s'y produit jamais de gargouillement. Je lui ai fait quitter son bandage il y a déjà quelque temps.

La grosseur a peu à peu augmenté et est maintenant énorme ; elle s'est d'abord développée du côté externe, puis en dernier lieu en dedans ; dans ces derniers temps elle a envahi la grande lèvre.

Il n'y a du reste jamais eu ni vomissements, ni constipation. L'appétit est bon, les digestions lentes accompagnées de renvois ; pas de coliques.

Actuellement bronchite subaiguë ; elle tousse et crache le matin ; oppression.

Etat actuel. — 6 février 1891. Faciès bon, bon teint : signes de bronchite. Les autres viscères sains, urine normale.

Dans l'abdomen, tumeur dure arrondie, du volume d'une tête de fœtus à terme un peu à gauche de la ligne médiane, se continuant avec une bosselure moins saillante, médiane. Par le toucher on constate que le col suit les mouvements de la tumeur.

L'aine droite est occupée par une tumeur volumineuse qui soulève la peau fortement ; cette tumeur est bosselée en chapelet ; elle se prolonge dans la grande lèvre droite et présente 24 centimètres en longueur, 10 en hauteur à sa plus grande largeur ; sa partie externe est au niveau de l'épine iliaque A.S. La partie interne forme une grosse bosselure du volume d'un gros œuf qui pousse à gauche et en bas de la grande lèvre droite au devant des organes génitaux externes.

La peau qui recouvre la tumeur paraît amincie sans vascularisation. On peut la pincer, la soulever et l'on a la sensation au dessous d'elle d'une membrane kystique; si l'on introduit le doigt dans le prolongement interne, on sent, aux confins de la grande lèvre, comme un anneau fibreux, dur, tranchant; il en est de même à la partie externe. La tumeur est molle, dépressible, s'enfonce sous le doigt; la pression sur la masse la réduit en partie mais elle se réformé aussitôt qu'on cesse cette pression.

La tumeur diminue un peu de volume lorsque la malade est couchée; elle augmente lentement dès qu'elle se lève. Lorsque ayant partiellement réduit la tumeur, on fait tousser la malade, la tumeur augmente brusquement, se tend et l'on sent la sensation d'un jet de liquide qui passe sous le doigt en produisant une sorte de frémissement vibratoire. Les pressions ne sont pas douloureuses.

Il s'agit donc d'une tumeur réductible en partie, molle, fluctuante.

Le diagnostic porté est : hydrocèle communicante formée soit dans un sac de hernie inguinale, soit dans le canal de Nück non oblitéré.

Opération le 28 février 1891.

Incision tout le long du pli inguinal que l'on a allongée secondairement sur la tumeur de la grande lèvre. On arrive au milieu sur la membrane kystique, mince, transparente, bleu-brunâtre; on cherche avec les doigts à séparer le kyste; ce qui réussit à la partie moyenne. Il est sous-jacent à la peau et a une lame fibrineuse assez dense mais mince et repose sur l'aponévrose du grand oblique d'un peu de tissu cellulaire. On sent qu'il se prolonge dans le canal inguinal. A la partie interne, dans la grande lèvre, la séparation ne peut se faire avec les doigts; on est obligé de sectionner aux ciseaux les adhérences dures, fibreuses qui formaient l'anneau dans lequel

le doigt pénètre; il en est de même à la partie externe où on sentait un anneau analogue. Le kyste, sur ces entrefaites est ouvert; il s'en échappe un flot de sérosité d'un jaune un peu rougeâtre; un effort de la malade provoque un jet puissant qui montre que le liquide sort en abondance de l'abdomen. On coupe le kyste entre sa partie principale et sa partie labiale, et après avoir sectionné les adhérences externes, on arrive au pédicule qui plonge dans le canal inguinal. Le doigt introduit dans la cavité reconnaît le collet du sac qui en laisse passer la pointe; pas de contenu herniaire; on attire le pédicule, le séparant avec le doigt du tissu adipeux sous-péritonéal que la traction fait apparaître; un vaisseau assez volumineux rampe dans ce tissu. Lorsqu'on a amené 1,5 c. à 2 c. du pédicule au dehors, on lie celui-ci en trois portions avec trois catguts, le dernier catgut enserre de nouveau le tout. Résection du sac.

On sépare alors les adhérences de la tumeur labiale et on l'extirpe. Cinq ou six ligatures artérielles au catgut.

Toilette de la plaie que l'on débarrasse de quelques lambeaux cellulaires flottants; deux drains passés par des contre-ouvertures faites au dessous de la plaie. Tamponnement de la plaie labiale avec une mèche de gaz iodoformée que l'on fait sortir par une contre ouverture. Suture de Girard et suture continue à la soie.

Pansement.

Pièce. — Le sac forme une cavité anfractueuse avec diverticule; une sorte de cloison incomplète sépare en partie le prolongement externe du canal du pédicule.

La face interne du sac est lisse et présente un réseau vasculaire abondant. Les parties adhérentes sont fibreuses, dures et un nodule résistant senti avant l'opération paraît formé de tissu fibreux un peu translucide par places et dépendant du sac.

Les jours suivants quelques légères élévations de température.

Le 7 mars, enlevé les sutures ; la réunion s'est faite par première intention, mais il se fait par les plaies des drains un suintement séreux qui oblige à changer le pansement tous les jours.

L'opérée rentre chez elle le 22. Elle guérit en peu de jours.

J'ai eu de ses nouvelles en septembre 1891 : elles sont bonnes.

19 décembre 1891. — Le malade vient me voir. Je l'examine et constate un commencement de récive ; légère saillie grosse comme le bout d'un doigt lorsqu'on la fait tousser ; elle ne se produit pas toujours du reste. Le fibrome dur ne s'est pas modifié.

Je lui fais faire une ceinture à pelote sans ressort.

Je l'examine en dernier lieu le 21 juin 1893. Le fibrome a diminué des deux tiers et ne remonte plus qu'à deux travers de doigt au dessus de la symphyse. Il n'y a pas trace de hernie, quoiqu'elle ait abandonné depuis longtemps son bandage. Elle éprouve parfois un peu de douleurs en montant les escaliers. La cicatrice est à peine visible. La ménopause s'est faite sans accidents : les dernières règles ont eu lieu en mai 1894.

Anatomie pathologique.

Niemann (*Dissertation inaugurale*, Gottingen, 1882) a constaté que la paroi du kyste du canal de Nück était formée de faisceaux conjonctifs avec des fibres musculaires lisses séparées. Les couches externes contenaient des fibres élastiques. Le contenu était un liquide lactescent avec de nombreux cristaux de cholestérine des gouttelettes de myéline et de graisse, des

cellules arrondies, granuleuses, sans noyau. — La surface interne de la poche était lisse, rugueuse seulement au niveau de son pédicule. — Ce pédicule, long de 20 millimètres, large de 16, parcourt la paroi abdominale dans le canal inguinal en dehors des vaisseaux épigastriques. — Le ligament rond émerge du canal inguinal en arrière du pédicule, couvert par ce dernier ; il peut en être facilement isolé (Cf. Th. Berthelin. Paris, p. 40).

Cet isolement n'était ni facile, ni profitable dans le fait qui est l'occasion de ces recherches ; il ne faut donc pas compter le rencontrer toujours, et M. le docteur Berthelin a raison de l'observer : « Le kyste est plus ou moins adhérent au ligament rond situé en dedans et en arrière. Il peut en être complètement inséparable : c'est qu'alors le ligament entre dans sa constitution. » (p. 43.)

Dans le cas observé par M. Cavagnis (*Gazetta medica italiano lombardina*, 1880), il est sorti un liquide limpide, clair comme de l'eau, incolore, inodore, sans réaction au papier de Tournesol, de densité 1012, formant environ 58 grammes. Ce liquide ne se coagulait pas, ne se troublait pas, ne déposait pas et ne laissait aucun résidu sur le filtre. On y a trouvé à peine quelques traces d'albumine, beaucoup de chlorures, des traces de sulfates, beaucoup de phosphate de chaux, un peu de phosphate de magnésie, une absence complète de phosphates alcalins et d'urates, un peu de carbonates alcalins. (Cf. Thèse de P. Berthelin, Paris 1894, p. 46).

Nous empruntons à une observation personnelle et inédite du Dr Narbonne, thèse Paris 1899, les renseignements suivants sur la poche et le contenu du kyste.

Examen de la tumeur et du pédicule. — La poche encore pleine de son contenu qui est nettement transparent, ressemble à la vessie natatoire d'un poisson. Elle a 10 centimètres de long, avec une grosse extrémité d'une partie opposée se terminant presque en pointe.

Quelques brides fibreuses forment un léger étranglement au milieu de la poche et la séparent en deux portions. C'est au niveau de cet étranglement que s'insère le pédicule.

Surchargé de graisse et gros comme le petit doigt, il a sur la pièce que nous possédons 3 cm. 1/2 de long et contient quelques vaisseaux sanguins. Il paraît comme tordu sur lui-même, et était couché sur la grosse extrémité de la poche.

La poche vue à l'extérieur est rosée, transparente, peu épaisse par conséquent, sauf au niveau du pédicule où elle est chargée de graisse. Des artérioles et des veinules se dessinent nettement sur toute la paroi.

Ouverte avec précaution, la tumeur fournit 68 cmc. de liquide clair, transparent, de couleur jaune citron.

La poche étalée et retournée comme un doigt de gant est lisse et se présente uniquement comme tapissée par le feuillet péritonéal. L'examen histologique fit voir un épithélium pavimenteux comme revêtement. Au niveau du pédicule, la poche est plissée et d'un point ombiliqué partent des replis rayonnés.

Le léger étranglement visible extérieurement ne modifie en rien le revêtement interne de la poche qui est identique à elle-même dans toute son étendue. »

« *Examen du liquide...* Densité 1021.83. On trouve pour

1000 centimètres cubes 45 gr. 70 d'albumine mais très peu de fibrine ; 6 g. 44 de chlore dosé et chlorure de sodium ; des carbonates, de la graisse 1 gr. 80 et très peu de cholestérine. La réaction du liquide était alcaline. »

Dans un cas de kyste du canal vagino-péritonéal chez l'enfant, cité par Mencièrè, le liquide contenait pour mille cinquièmes 36 gr. 20 d'albumine, de la fibrine 6 gr. 10, des chlorures, des phosphates.

Dans notre cas particulier, l'opérateur a été assez heureux pour enlever la totalité du kyste sans en érailler la paroi. Aussi, donnons-nous l'analyse du liquide du kyste.

Analyse du liquide due à l'obligeance de M. le professeur Le Noble. — La tumeur pèse 100 grammes. Le poids du liquide est de 62 grammes ; sa densité égale 1012.

Ce liquide est un peu trouble et contient en suspension un petit nombre de flocons peu volumineux, probablement de nature albuminoïde et de couleur blanc-grisâtre. — Il est de couleur jaune rougeâtre avec des reflets bleutés opalescents, comme s'il rappelait la coloration du liquide de l'hydrocèle un peu hémétique. Sa consistance est fluide comme celle de l'eau : il est très faiblement alcalin, inodore. On en a fait l'analyse spectroscopique et on distingue les deux bandes d'absorption, caractéristiques de l'oxyhémoglobine. Ces deux bandes ne sont pas, il est vrai, noires, mais d'un brun qui ne laisse cependant pas de doute. Il y a donc

un peu de sang dans le liquide de cette hydrocèle. Le liquide ne se trouble pas à l'ébullition, mais forme une mousse abondante due au dégagement de l'acide carbonique.

Il n'y a donc pas de matière albuminoïde du type de celle que l'on trouve dans le sang. Mais il y en a d'autres : en effet, l'acide azotique détermine d'emblée un coagulum abondant, blanc, consistant, qui ne disparaît pas par l'ébullition. Lorsque celle-ci est prolongée, on a la teinte jaune que donne l'acide xanthoprotéique, qui est un des caractères des matières protéiques. Il existe une petite quantité d'albumine ordinaire se coagulant sous l'action de la chaleur après addition préalable d'acide acétique; mais le coagulum ainsi obtenu est en quantité extrêmement minime.

L'abondance des matières albuminoïdes est indiquée par le réactif de Tanret : le précipité est cailleboté et le liquide est presque pris en masse. Le réactif de Milon donne un précipité tellement abondant que le liquide se prend en masse. La même réaction, complétée par la chaleur donne la coloration rose caractéristique des albuminoïdes. Les matières albuminoïdes sont donc très abondantes, mais l'albumine ordinaire qui coagule par la chaleur ne s'y trouve qu'en très faible proportion.

Dix centimètres cubes ont été traités par l'alcool : ces 10 centimètres cubes de liquide renferment 0 gr. 0264 de matières albuminoïdes. Donc 1000 centimètres cubes renfermeraient 26 gr. 40 d'albumine.

Les sels les plus abondants sont les chlorures.

M. J. L. Reverdin avait lui aussi remarqué la grande proportion de matières albuminoïdes, mais il n'en avait pas obtenu le dosage.

Dans le kyste enlevé par M. Guermont, nous avons trouvé en plus du liquide deux corps étrangers, l'un de la grosseur d'un pois, blanc lisse, à consistance rénitente, libre dans la cavité ; l'autre un peu plus gros qu'un grain de mil et pédiculé. Il eut été curieux de connaître la nature de ces corps étrangers. Conservés dans le formol en même temps que la poche, ils furent malheureusement égarés, de sorte qu'on ne put faire ni l'anatomo-pathologie, ni l'histologie de ces corps et de la poche. Nous nous bornons donc à donner la photographie de la poche ouverte et étalée, avec ses anfractuosités, et montrant les deux corps étrangers.



GRAVÉE D'APRÈS UNE PHOTOGRAPHIE

M. J. L. Reverdin a signalé une particularité de la surface interne du kyste ; mais il ne s'agit pas de corps étrangers de séreuses mais simplement de kystes secondaires incomplètement décrits.

OBSERVATION

J. L. Reverdin. — Extrait de la *Revue Médicale de la Suisse Romande* 1895.

Hydrocèle féminine.

G. C. Eugénie, 44 ans, de Berne.

M^{me} G. vient me consulter à la fin d'août 1886 pour une tumeur qu'elle a dans l'aîne droite depuis trois ans. Voici son histoire : M^{me} G. a ordinairement joui d'une bonne santé et n'a pas fait de maladies graves ; cependant elle souffre de migraine et de gastralgie ; elle a en général peu d'appétit et souffre de vives douleurs dans l'estomac après ses repas ; elle n'a ni renvois, ni vomissements pas même à l'occasion de ses migraines ; elle n'a du reste jamais eu de rhumatismes. Réglée à 12 ans, mariée à 34 ans, elle a eu trois grossesses ; les deux premières se sont terminées à terme il y a 10 ans et 8 ans 1/2 ; la dernière s'est terminée à 7 mois en janvier 1886 ; elle a perdu ses eaux pendant plusieurs jours et a accouché d'un enfant mort.

Son père est vivant, il a 76 ans et souffre de l'estomac depuis longtemps ; depuis 8 ans, il a une hernie survenue à la suite d'un effort violent.

Sa mère est morte à 56 ans, perclue de rhumatismes : elle

ne pouvait plus manger et aurait eu un abcès dans la région des reins.

Elle-même a vu apparaître il y a dix ans pendant sa grossesse une petite tumeur dans l'aîne droite ; après l'accouchement elle disparut et rien ne se reproduisit pendant la grossesse suivante.

Il y a trois ans la tumeur a reparu sans cause, elle était alors du volume d'une noix, très douloureuse ; elle ne pouvait la toucher sans de vives douleurs, et elle ne pouvait marcher. C'est en même temps que sont apparus les maux de cœur, la perte de l'appétit et la difficulté de digestion dont elle a toujours souffert depuis. Cette grosseur reste stationnaire jusqu'à il y a quatre mois (mai 1886). Depuis lors elle a grossi rapidement. Les douleurs sont devenues très vives spontanément ; le toucher au contraire n'était plus douloureux ; elle ne pouvait plus marcher parce qu'elle éprouvait aussitôt qu'elle essayait de le faire des douleurs dans le dos et entre les épaules.

Depuis trois ans la grosseur augmentait au moment de chaque époque ; elle devenait un peu douloureuse et elle se trouvait plus gênée pour marcher ; elle ne pouvait lever la jambe sans douleur.

En 1885 la tumeur disparut et ne se montra pas pendant la grossesse ; mais ce n'est qu'au mois de mai 1886 qu'elle a réapparu pour grossir rapidement.

La malade est très maigre : son teint est bon, elle souffre de troubles digestifs. La tumeur occupe l'aîne droite ; elle est fluctuante, indolente à la pression, transparente ; elle a le volume d'un œuf de pigeon, elle est ovale à grand axe suivant la direction de l'arcade de Fallope ; sa consistance est élastique, elle paraît tendue ; elle n'est pas du tout réductible ; elle présente une certaine mobilité mais paraît fixée par la partie pro-

fonde ; son extrémité externe correspond à l'anneau que l'on ne sent pas bien ; on ne sent pas nettement de pédicule.

Je diagnostique un kyste du canal de Nück et conseille l'extirpation.

La malade est opérée le 8 septembre.

J'arrive sur la poche dont l'enveloppe mince laisse voir par transparence le liquide : je déchire peu à peu avec les doigts ou coupe avec les ciseaux les adhérences avec les couches fibreuses ; la poche présente à sa surface quelques bosselures irrégulières ; dégagée par en bas j'arrive à son pédicule qui plonge dans le canal inguinal. Les piliers sont à nu ; la tumeur paraît adhérente dans le canal comme elle l'était avec ses enveloppes ; le pédicule a le volume du petit doigt, il contient du liquide. La tumeur bien à nu jusqu'à l'orifice et quoiqu'elle paraisse bien transparente, je ne crois pas prudent de lier son pédicule sans reconnaître son contenu, je la ponctionne au bistouri et approfondi l'ouverture aux ciseaux. Il s'écoule un liquide citrin : dans l'intérieur de la poche on aperçoit deux saillies du volume d'une cerise occupant sa face profonde, transparentes, évidemment kystiques.

Ceci fait je lie circulairement le pédicule le plus haut possible, la tumeur étant attirée en avant par l'aide et sectionne au devant de la ligature ; les deux kystes secondaires sont ouverts sur la section. Ligatures au catgut Rocher, Lavage phéniqué. Bain. Sutures continues.

La malade quitta la clinique le 27.

J'ai revu quelquefois M^{me} G. La guérison a persisté : rien ne s'est reproduit au niveau de l'aîne droite. Au mois de mai 1895, elle est, en ce qui concerne son ancienne grosseur, en parfait état.



CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Si on ne conteste plus aujourd'hui l'existence du canal de Nüch, on ne sait cependant rien des causes qui produisent cette anomalie de développement chez certains sujets. Sur le processus d'oblitération du canal de Nüch, on a cependant quelques renseignements.

En faisant une présentation à la *Société anatomique* de Paris, en 1878, M. Féré écrit : « La dissection montre que le péritoine se continue sur toute l'étendue du canal de Nüch, qui se termine au cul-de-sac, dont le fond, parfaitement lisse, mais un peu rosé, contient une petite masse grosse comme un grain de millet de substance molle et jaunâtre, qui paraît être un produit

d'exsudation inflammatoire préparant l'oblitération du conduit. » (Cf. Paul Berthelin. *Essai sur l'hydrocèle de la femme* ; thèse de Paris 1894 ; p. 20.)

Sur la pièce anatomique en cause dans notre observation personnelle, on voit que les deux cavités se suivent, comme si elles ont été en continuité dans le passé. Sans doute elles sont, l'une et l'autre, taillées en biseau, l'une (la grande séreuse péritonéale) aux dépens de sa portion externe ; l'autre (la poche kystique) aux dépens de sa portion interne ; mais toutes deux présentent, à ce niveau, des connexions tellement serrées qu'il ne semble pas possible de les séparer entre elles. Il y a plus : l'une est enchevêtrée dans l'autre d'une façon qu'il convient de préciser. Grâce à la réplétion du kyste et à la flaccidité du petit segment du sac herniaire, on observe une sorte de petite saillie du sommet du kyste. Cette saillie présente à peu près le volume d'un pois. Sa couleur et sa consistance contrastent avec ceux de toutes les parties voisines. Tandis que tout est rose, souple et mou, sauf le groupe des éléments du faisceau descendant, du ligament rond, (lequel est grisâtre, ferme et disposé en s'aplatissant sur la face interne du kyste), au contraire le petit noyau, qui se trouve au sommet du kyste est tout à fait blanc et d'une consistance dure, presque cartilagineuse, comme pourrait être un noyau de tissu cicatriciel.

Ce n'est pas la première fois qu'on trouve signalée une nodosité de ce genre.

Palesta rapporte le fait suivant dans le tome II des

Actes et Mémoires de l'Institut italien (1832, p. 101).
« Une hydrocèle que j'ai observée (chez la femme) avait presque le volume du poing. Elle avait son siège dans la lèvre gauche de la vulve d'une femme de 45 ans. Cette tumeur a augmenté lentement à la suite d'une fièvre aiguë. Les signes ne suffisaient pas pour éclairer le chirurgien : la paroi était épaisse : il n'était pas possible de décider si cette tumeur était une hydrocèle ou un stéatôme. Néanmoins, après avoir percuté la tumeur, je me suis décidé à l'ouvrir dans le sens de sa longueur : il est sorti beaucoup de sérosité ; et il est resté une cavité formée par une membrane dense. — Pour empêcher une nouvelle accumulation de sérosité, j'ai séparé complètement cette membrane et je l'ai coupée *au niveau de l'anneau inguinal* : il y avait, à ce niveau, un tubercule dur et résistant, qui fut compris dans la section et dont l'excision causa beaucoup de douleur. Je vis bientôt que *c'était l'extrémité du cordon vasculaire* qui avait été coupée ; car, d'un côté, elle laissait libre l'ouverture de l'anneau abdominal, où l'on pouvait introduire l'extrémité du doigt. — Du reste, il n'est survenu aucune hémorrhagie : mais, les jours suivants, la femme fut souvent tourmentée de vomissements. Un engorgement douloureux se manifesta à l'aîne ; et à l'extrémité du cordon rond, il se forma une espèce de nœud, un gonflement ; mais tous ces symptômes disparurent quand la suppuration s'établit. Cette suppuration fut longue ; cependant la guérison fut achevée. » On retrouve ce fait dans la thèse de M. S. Duplay (*Des*

Collections séreuses et hydatides de l'aîne, Paris, 1865); et dans celle de M. Berthelin (p. p. 99. 100).

C'est un autre mode d'oblitération, que M. Tuffier a observé dans un cas présenté à la *Société de chirurgie* en 1892. C'était un kyste séreux, uniloculaire, à parois parfaitement lisses et transparentes à sa partie supérieure. Un cordon blanc et fibreux, long de deux centimètres, le reliait à un cul-de-sac du péritoine, qui avait été sectionné. Pareille observation peut se renouveler, lorsque le kyste trouvé est encore peu volumineux, C'était le cas pour M. Tuffier, qui opérait une femme de 33 ans et qui trouva un kyste du volume d'une noix.

La plupart des chirurgiens sont silencieux sur le processus d'oblitération du détroit, qui n'aurait dû rester que temporairement perméable entre la grande séreuse péritonéale et la portion déclive de la cavité du canal de Nüek. Il faut croire que la solidité de ce processus est bien fibreuse et cicatricielle, puisque la description de plusieurs signale la poussée du côté d'une hernie en même temps que la distension du côté du kyste devenu volumineux, La pression est bien des fois notée; (une fois même le kyste a été rompu par la violence des manœuvres de taxis); et jamais (même dans les cas relatés par Brunner, par Lallemand) on ne trouve signalée *la reconstitution de la perméabilité* d'un pertuis jusque là oblitéré. Il y a plus: on précise souvent l'espèce de chevauchement d'une cavité sur l'autre; on voit l'une faire hernie dans l'autre et on s'étonne de la solidité de la cloison fournie par l'ados-

sement des deux surfaces, dont l'une est un sac herniaire, tandis que l'autre est la paroi du kyste. Avant la notion des pansements antiseptiques, et celle de la suture des piliers de l'orifice inguinal, pour en faire la cure radicale, on s'occupait de cette cloison, non pour la consolider, mais seulement pour la faire bourgeonner, ainsi que tout le reste de la paroi kystique : on y appliquait de la charpie, au besoin de l'onguent styrax ; et on attendait une trentaine de jours. Jamais dans ces conditions, on n'a observé la reconstitution de la perméabilité de la communication fœtale du canal de Nück avec le péritoine.

La perméabilité temporaire du canal de Nück est facilement controversée parce qu'il est difficile d'en produire la démonstration directe et actuelle. Il existe cependant des faits qui tendent à l'établir, témoin le suivant :

Un cas de kyste du canal de Hück, succédant à une hydrocèle congénitale par M. le docteur Adrien Beson, (Communication à la *Société Anatomo-Clinique de Lille*. — *Journal des Sciences médicales de Lille*, 26 mars 1898).

Le 16 février 1898, est amenée à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. le professeur Duret, salle Saint-Augustin, la nommée D... Julie, 48 ans, ménagère. Elle habite la banlieue de Lille et nous arrive d'urgence avec le diagnostic de hernie inguinale étranglée.

L'on constate à la région inguinale droite, une tumeur

oblongue, du volume d'une petite orange, irréductible ; elle est à peine douloureuse, il n'y a pas de vomissements, pas de symptômes généraux, pas de fièvre ; la malade a encore été pendant la nuit, à la selle : une intervention immédiate est donc différée. — Mais l'examen nous avait amené à faire une découverte autrement importante, en nous révélant la présence d'une grosse tumeur abdominale médiane, dure faisant corps avec l'utérus ; l'interrogatoire nous apprenait que la malade perdait à peu près constamment du sang depuis six mois : le diagnostic de fibrome fut porté. Dès lors, l'importance de la hernie s'effaçait devant celle de la tumeur abdominale et un second examen de la tumeur inguinale ayant fait porter le diagnostic de hernie épiploïque, la cure radicale ne devait être que le dernier épisode de l'intervention principale. Voici quels étaient alors les caractères de la tumeur inguinale : oblongue, du volume d'une petite orange, s'étendant obliquement de l'orifice inguinal externe à la partie supéro-externe de la grande lèvre correspondante ; absolument irréductible, très légèrement douloureuse, mat, offrant un certain degré de résistance, à peu près invariable dans les efforts de toux, absolument mobile sous la peau.

M. le professeur Duret pratiqua, le 21 février, l'hystérectomie abdominale totale ; le fibrome pesait 2 kilos 650. Mais la laparatomie permit de constater que ni l'intestin, ni l'épiploon n'entraient dans la constitution de la tumeur inguinale ; bien plus il n'existait aucun orifice continuant la cavité péritonéale dans le canal inguinal. L'opinion fut aussitôt émise qu'il s'agissait d'un kyste du canal de Nüek. L'incision sous ombilicale médiane fut prolongée en crosse jusqu'à l'orifice inguinal externe et permit en effet d'apercevoir le kyste, s'étendant de la partie supéro-externe de la grande lèvre à l'orifice inguinal externe où son extrémité supérieure était comme enclavée entre les pi-

liers du canal. L'extirpation fut immédiatement pratiquée et la poche enlevée en totalité.

Reprenant l'interrogatoire de la malade, celle-ci nous donna alors les détails suivants : Elle avait remarqué, il y a quatre ans à la région inguinale droite, la présence d'une tumeur, tout d'abord de la grosseur d'une noisette, mais qui, progressivement, atteignit le volume d'un œuf de poule. Elle n'en ressentait aucune gêne, et, fait très intéressant : pendant les trois premières années, la tumeur disparaissait complètement dans la position horizontale, tandis qu'elle réapparaissait aussitôt dans la position verticale. Il y a un an, après un coup reçu à ce niveau et un surmenage physique de plusieurs jours (par sa profession de lessiveuse), la malade ressentit de violentes douleurs dans la région inguinale et la tumeur devint douloureuse. Ces phénomènes inflammatoires se dissipèrent en une semaine ; mais depuis, la tumeur devint absolument irréductible et ne disparut plus dans le décubitus. Il y a trois semaines environ, les mêmes phénomènes inflammatoires se reproduisirent dans les mêmes circonstances et c'est alors qu'après plusieurs taxis infructueux, le médecin appelé envoya la malade à l'hôpital Sainte-Eugénie, avec le diagnostic de hernie inguinale étranglée.

Le diagnostic de kyste du canal de Nück n'est pas ici douteux : l'enclavement de la partie supérieure entre les deux piliers, sa situation dans le trajet du canal inguinal, sa terminaison à la partie supéro-externe de la grande lèvre, sa forme ovoïde, sa rénitense, sa matité, son irréductibilité, son indolence son défaut d'impulsion à la toux ne permettent aucun doute. Fait extrêmement curieux et très important au point de vue du diagnostic : le kyste communiquait au début avec la cavité péritonéale dans laquelle il se vidait par la position horizontale c'était alors une hydrocète réductible, congénitale, le canal de

Nüek n'étant pas oblitéré à sa partie supérieure. Il y a un an, la tumeur ne se réduisit plus ; la fermeture de l'orifice supérieur s'était produite et l'hydrocèle était maintenant enkystée ; c'était un kyste du canal de Nüek.

Les suites opératoires n'ont présenté aucun incident.

Quelles sont maintenant les causes qui influent sur la production de l'accumulation du liquide dans les restes du canal péritonéal ?

L'âge paraît avoir peu d'influence. Nous empruntons à la thèse du docteur Narbonne (Paris 1899) les deux statistiques suivantes : l'une de Wechselmann, l'autre de Coley, en Amérique.

Wechselmann a trouvé :

1 cas à	6 mois :
1 cas à	2 ans 1/2 ;
2 cas à	6 ans ;
1 cas à	9 ans ;
1 cas à	11 ans ;
3 cas à	15 ans ;
6 cas de	16 à 30 ans ;
6 cas de	30 à 40 ans ;
8 cas de	40 à 50 ans ;
12 cas de	50 à 60 ans ;
4 cas de	60 à 70 ans ;

Coley, dans 30 observations indépendantes de celles de Wechselmann trouve :

2 cas à	3 mois ;
2 cas de	10 à 20 ans ;
9 cas de	20 à 30 ans ;
7 cas de	30 à 40 ans ;
7 cas de	40 à 50 ans ;
1 cas à	50 ans ;

et 2 cas où l'âge n'est pas spécifié.

« De tout cela il semblerait résulter que les kystes du canal de Nück sont plus fréquents pendant la période de la vie génitale de la femme, d'après Wechselmann de 15 à 35 ans, et d'après Coley de 20 à 50 ans. »

Pour Narbonne, « les efforts nécessités par des travaux pénibles, les chutes, les chocs, les traumatismes n'ont aucune influence. » Berthelin incrimine cependant les traumatismes, les coups, les voyages en voiture dans des chemins difficiles. Chez l'homme les contusions de la région, brusques ou répétées, peuvent donner lieu à un travail inflammatoire aigü ou subaigü, suivi d'épanchement vaginal; pourquoi n'en serait-il pas de même chez la femme, puisque le canal de Nück, chez la femme, est l'homologue du canal vagino-péritonéal chez l'homme.

Quoiqu'il n'y ait rien de prouvé à cet égard, nous ferons la même réflexion en ce qui concerne l'infection blennorrhagique et le rhumatisme. Une observation de Menciére (p. 87) signale chez une malade la coexistence d'un kyste du canal de Nück et de l'infection rhumatismale.

La menstruation, la ménopause sont signalées dans quelques observations.

Dans notre cas particulier, la cause de l'hydrocèle est obscure. Il n'y a pas eu de traumatisme; il n'a jamais été appliqué de bandage; il n'y a pas trace d'infection blennorrhagique, ni de manifestation de la diathèse rhumatismale. La malade qui ne se résigne pas à une évolution spontanée, attribue cette tuméfaction à un effort: elle reconnaît loyalement que cette effort a été accompli par elle dans les mêmes conditions et avec la même mesure que cent autres efforts analogues; mais elle a, un certain jour, éprouvé une sensation pénible au moment de l'effort; elle a porté la main et elle a constaté l'existence d'une tuméfaction qu'elle ne soupçonnait même pas jusque là. Il est inutile de discuter si un kyste peut survenir avec une pareille brusquerie; mieux vaut reconnaître en toute simplicité combien est obscur ce point de l'étiologie.

Il faut bien écarter aussi tout élément qui se rapporte à la grossesse. Il n'y a jamais rien eu de ce genre. C'est d'autant plus important à relever que Hennig et Wechselmann insistent tous deux sur la rareté des kystes du canal de Nück chez les nullipares, et leur développement fréquent pendant ou après la grossesse. M. Narbonne ne retient, comme cause étiologique, que l'action de la grossesse et de l'accouchement: et d'après M. Berthelin (p. 51) la gravité « est le seul point qui semble absolument certain dans l'étiologie de ces tumeurs. »

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

« En général, le diagnostic est facile et sûr chaque
« fois que l'hydrocèle n'est pas réductible et ne suppure
« pas. On peut considérer comme étant une de ces
« tumeurs, toute grosseur du pli de l'aîne ou de la
« grande lèvre, ayant la forme d'une poire ou d'un
« œuf, qui est élastique, fluctuante, transparente et
« dont le volume ne varie pas ou varie peu sous l'in-
« fluence de la pression abdominale. La constatation
« de la présence derrière la tumeur d'un cordon de
« volume variable, pouvant être suivi vers le canal in-
« guinal d'une part, vers la grande lèvre de l'autre,
« vient encore appuyer le diagnostic. » (Wechsel-
« mann.)

Pour Narbonne (thèse de Paris, 1899, p. 54), on ne peut faire le diagnostic de kyste du canal de Nück que par les signes objectifs ; les commémoratifs étant en effet peu propres à nous renseigner. Pour cet auteur, « il est néanmoins facile de constater presque toujours la fluctuation, et la consistance identique en tous les points, quelquefois la transparence du liquide qui remplit la poche ; et la perception d'un pédicule s'enfonçant dans le trajet inguinal, ainsi que la mobilité dans le sens vertical, s'ajoutent aux symptômes précédents et permettent d'être affirmatif sur le siège de la tumeur. »

De prime abord, le diagnostic semblerait donc facile ; il n'en est rien cependant. En premier lieu, cette affection étant très rare, l'attention n'est presque jamais éveillée sur ce point. En deuxième lieu, les caractères énumérés plus haut, qui sont généralement ceux de l'hydrocèle de la femme, ne sont cependant pas constants et nous sommes amené à faire le diagnostic différentiel avec un certain nombre d'affections.

1° *Hernie non étranglée.* — Le diagnostic entre les deux affections est toujours curieux à préciser autant que le permettent les circonstances. M. le docteur Berthelin traite en ces termes le diagnostic différentiel entre le kyste du canal de Nück et la hernie inguinale non étranglée :

« Le mode de début peut être complètement identique ; et l'on trouve bon nombre de cas où la tumeur kystique fut prise d'abord pour une hernie. Cependant l'hydrocèle est moins complètement réductible ; et

lorsque la pression ou le décubitus dorsal l'ont fait disparaître, la palpation attentive fait le plus souvent reconnaître la persistance d'une petite tumeur que l'on ne peut parvenir à réduire. De plus, cette tumeur est mate à la percussion, tandis que l'entérocele est sonore. — La difficulté serait plus grande à la différencier d'une épiplocèle irréductible : la consistance est molle et pâteuse dans ce dernier cas, fluctuante et élastique dans le premier ; le pédicule de l'hydrocele est moins volumineux que celui de la hernie ; enfin, si la transparence est perceptible, elle est un signe différentiel précieux, que l'on ne doit pas négliger de rechercher. Enfin, si la tumeur une fois réduite se reproduit par le bas, alors même que le doigt est resté dans l'anneau, on est évidemment en présence d'une tumeur liquide. » (pp. 72-73.)

Il convient cependant d'ajouter un mode d'exploration, celui de la station debout. C'est par l'inspection qu'on apprécie son importance ; on peut la contrôler par la palpation ; mais dans l'une et l'autre manière de faire, c'est toujours par comparaison qu'on aura les documents les plus certains pour établir le diagnostic de la coïncidence ou de l'absence de hernie congénitale avec un kyste du canal de Nück.

Il faut surtout ne pas oublier de chercher la corde mésentérique, qui n'existe qu'à la condition d'une hernie avérée.

2° *Kystes de la glande vulvo-vaginale.* — Ces kystes développés dans la glande même ont un siège presque constant qui se trouve aux extrémités du diamètre

transversal de l'entrée de la vulve, au point d'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la grande lèvre. Ils sont en chapelet ou en grappe, augmentent quelquefois au moment des règles, peuvent s'enflammer et suppurer. Le principal élément de diagnostic sera formé par la lenteur du développement de ces tumeurs dont l'évolution se compte par années et par le siège qui occupe le tiers inférieur de la vulve. (Bouilly, *Pathologie externe*.)

3° *Ovaire hernié kystique*. — M. Tillaux rapporte dans sa *Chirurgie clinique* un curieux exemple d'une hernie de l'ovaire qu'il observa en 1887 à l'Hôtel-Dieu. La tumeur occupait l'aine droite et la femme, « contrairement à l'habitude, ressentait quelques douleurs dans cette région. » — Fargas (de Barcelone) donne une autre observation d'un ovaire hernié kystique, publiée dans les *Archives de Tocologie*, 1890. Pour faire le diagnostic différentiel entre les deux affections, il suffit de résumer les signes indiqués par cet auteur. La hernie de l'ovaire est souvent bilatérale, surtout quand elle est congénitale. Le développement du kyste ovarien est plus rapide que celui du canal de Nück. — La tumeur est plus volumineuse. — Son apparition a été précédée par la constatation dans l'aine d'une petite tumeur ovalaire douloureuse à la pression, douloureuse aussi au moment des époques menstruelles.

D'ailleurs la coexistence d'un kyste du canal de Nück et d'une hernie de l'ovaire est fort possible. « La hernie congénitale de l'ovaire, dit Bouilly, est le plus sou-

vent inguinale et se fait peut-être dans le canal de Nück encore perméable.» (*Pathologie externe*). On conçoit que dans ces cas le diagnostic sera des plus difficiles.

4° Un *diverticulum de la vessie* pourrait également en imposer pour un kyste du canal de Nück. Mais ce diverticulum de la vessie sera facilement reconnu en faisant uriner la malade ou en la sondant.

5° *Hernie étranglée*. — Pour Wechselmann, le diagnostic différentiel est impossible à faire. Pour Cachau (thèse de Paris, 1894), il est certainement embarrassant : car souvent un kyste du canal de Nück enflammé et en voie de suppuration occasionne des vomissements et des symptômes rappelant ceux de l'étranglement herniaire. On peut remarquer cependant que, dans le cas de kyste, les signes d'étranglement ne sont pas complets : il y a tantôt vomissements avec selle, tantôt constipation sans vomissements. En tout cas, le diagnostic est délicat et un examen attentif permettra seul d'éviter les désastreux effets que pourraient avoir, pour la grande séreuse péritonéale, les tentatives de réduction.

L'observation suivante due à Kühn et rapportée par M. le docteur Berthelin dans sa thèse de Paris (p. 81, 84) montre que dans certains cas le diagnostic est difficile, sinon impossible à faire, surtout quand les phénomènes d'étranglement dominent la scène.

OBSERVATION

Kyste du canal de Nüek et hernie étranglée.

Kühn (Gazette médicale de Paris, 1859).

La femme du sieur T... forestier, demeurant dans une des maisons de garde de la forêt de Haguenau, âgée de 43 ans, lymphatico-nerveuse et mère de cinq enfants, devint enceinte pour la sixième fois à la fin de janvier 1859. Dans les premiers jours de février, étant à l'église, elle éprouva pour la première fois des accidents hystériques caractérisés surtout par des spasmes abdominaux. Ces accidents amenèrent une défaillance et l'on fut obligé de ramener la femme chez elle en voiture. Durant les moments de crise, il s'était formé dans l'aîne gauche et par l'effet des mouvements spasmodiques, une tumeur du volume d'un œuf de poule. La persistance de la tumeur ne laissa bientôt plus de doute à la femme T... sur la nature de son mal; elle porta même pendant quelque temps un bandage herniaire sans que la tumeur fût réduite. Cependant les spasmes du bas-ventre se reproduisirent fréquemment pendant le cours de la grossesse et parurent toujours avoir leur point d'origine dans la hernie même, mais il n'y eut jamais de symptômes d'étranglement; seulement la malade eut constamment à lutter contre la constipation. Elle arriva ainsi au terme de sa grossesse et éprouva les premiers maux dans la nuit du 22 au 23 octobre. Comme les contractions utérines étaient rares, le travail se prolongea et la délivrance n'eut lieu que dans la journée du 25. Les efforts de parturition n'eurent aucune influence sur la tumeur de l'aîne, et tout alla régulièrement jusqu'au 29, quatrième jour des couches; ce jour là,

s'étant levée un moment et ayant pris froid, la malade ressentit tout aussitôt ses anciennes douleurs abdominales, sans qu'on pût parvenir à les calmer comme par le passé. Au contraire, la tumeur de l'aîne était devenue plus grosse en ce moment et son volume au moins doublé. Des vomissement survinrent, le ventre se gonfla et devint douloureux, les évacuations alvines furent complètement arrêtées, bref tous les signes d'un étrangement se présentèrent. Ces accidents persistèrent toute la journée du 30. Enfin, on se décida à chercher du secours et on vint m'appeler le même jour, à 10 heures du soir.

La malade, bien que fatiguée par la souffrance, n'avait cependant pas le moral trop abattu. Le poulx était assez petit et légèrement accéléré, la soif vive, le ventre fortement tendu, tympanisé et douloureux au toucher. Dans l'aîne gauche, nous trouvâmes une tumeur oblongue, de la grosseur d'une orange un peu aplatie : cette tumeur, peu sensible au toucher, donnait un son mat à la percussion. Par son collet, elle était en rapport avec l'anneau inguinal : c'était par conséquent une hernie de ce nom. Malgré les lavements déjà employés, aucune évacuation alvine ne put être obtenue. Les lochies continuaient à couler : la malade donnait le sein à l'enfant quoiqu'elle n'eût que peu de lait.

J'employai le taxis à plusieurs reprises sans pouvoir réussir à faire rentrer la hernie. Je ne jugeai pas à propos de tenter la dilatation de l'anneau inguinal, au moyen du doigt comme le recommande M. Sentin, parce que la sensibilité des parties était trop grande. Craignant d'irriter les parties intestinales par des tentatives de réduction plus prolongées, je proposai l'opération afin d'éviter les dangers que l'attente compliquée de l'état puerpéral pouvait faire courir à la malade. Ma proposition étant acceptée, nous procédâmes à l'opération séance tenante.

La peau et le tissu cellulaire sous-cutané furent divisés par une seule incision dirigée dans le sens du pli de l'aine et longue de 10 à 11 centimètres. Une petite artériole qui donna fut immédiatement liée et l'opération continua. Je saisis avec une pince fine la pellicule du sac que j'incisai en dédolant. Il s'écoula une quantité assez notable, la moitié d'un verre à boire environ, d'une sérosité limpide et je crus avoir pénétré dans le véritable sac. Mais je n'avais ouvert qu'un kyste contigu au sac ; car en portant l'index gauche vers l'anneau pour faire le débridement, je ne pus engager l'extrémité du doigt entre l'intestin et l'anneau, parce qu'un tissu membraneux recouvrait le tout et faisait dévier le doigt. Je dus conclure de cela que j'étais encore en dehors du sac. Il s'agissait donc de continuer cette espèce de dissection fine qui consiste à ouvrir le sac sans blesser l'intestin ; je saisis alors la pellicule qu'il fallait supposer plus qu'on ne pouvait la distinguer et je l'incisai de la même manière que la première fois. J'arrivai ainsi dans un second sac qui était le véritable et d'où il s'écoula seulement une petite quantité de sérosité. L'intestin étant entièrement à découvert cette fois, je n'éprouvai plus la moindre difficulté pour glisser l'extrémité du doigt sous le bord de l'anneau et pour débrider : le débridement fut fait directement en haut. L'anse intestinale longue de 10 à 12 centimètres, presque vide de gaz et de matières alimentaires, était fortement injectée sans cependant présenter rien de suspect ou de gangréneux : la réduction fut l'affaire d'un instant. Je réunis la plaie par deux points du suture disposés de façon à ne pas empêcher la sérosité ou le pus de s'écouler ; je pansai avec de la charpie recouverte de compresses graduées et je fixai le tout avec la compresse cruro-inguinale. Suites normales. (Citée dans Darvieu.)

6° Tumeurs solides du ligament rond : fibrômes ou fibro-myômes. A première vue, on pourrait confondre ces tumeurs avec un kyste du canal de Nück; elles sont en effet mobiles en masse, pédiculisées, souvent fluctuantes, mais la présence des douleurs irradiées vers les lombes et les cuisses, permettront de les distinguer de ce dernier. De plus, elles sont fort rares, puisque Duplay dans les *Archives générale de Médecine de 1882* ne put en réunir que six cas.

L'observation suivante de Reboul se rattache à l'un de ces cas.

OBSERVATION

Tumeur kystique de la grande lèvre.

Reboul (Société anatomique, 1888.)

Mme X..., 45 ans, entre à Lariboisière, salle Gosselin, dans le service de M. Périer, le 10 avril 1888.

Règles toujours régulières. Trois enfants, le dernier il y a 16 ans, et une fausse couche. Depuis son dernier accouchement, la malade éprouve une sensation douloureuse à la partie supérieure de la grande lèvre droite : cette douleur s'irradie dans le bassin et la cuisse correspondante. Depuis quelques mois, les règles sont devenues plus abondantes. Bonne santé habituelle.

A l'entrée de la malade, on constate que la grande lèvre

droite est le siège, à sa partie supérieure, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, d'une petite tumeur allongée de haut en bas, paraissant adhérente à l'orifice inguinal et se continuant dans la grande lèvre par un cordon noueux. Cette tumeur, qui a le volume d'un œuf de pigeon et s'est développée peu à peu, présente une surface irrégulière bosselée. Elle est dure, mais fluctuante par places. La pression est douloureuse, et la douleur s'irradie selon le trajet inguinal, dans le bassin et la cuisse droite. La malade accuse des douleurs spontanées avec les mêmes irradiations, survenant à l'époque des règles. Cette période s'accompagne aussi d'une augmentation de volume de la tumeur. Légère impulsion dans les efforts de toux. Pas de hernie. Rien à gauche.

Diagnostic. — Fibrome kystique de l'extrémité inguinale du ligament rond.

Opération le 1^{er} mai. M. Périer fait une incision oblique de haut en bas et de dehors en dedans, de 10 centimètres de longueur. Après dissection des lames cellulaires et aponévrotiques, on arrive sur une masse irrégulière, en partie kystique, mobile latéralement, mais se continuant en haut dans le canal inguinal et en bas dans la grande lèvre, par un cordon fibreux. L'incision est prolongée par en bas de deux centimètres. Le prolongement fibreux va s'insérer dans la partie inférieure de la grande lèvre, dans le pli génito-crural ; il est nécessaire de le disséquer pour le libérer. En haut, la tumeur s'engage dans le canal inguinal ; en l'attirant en bas, on voit qu'elle se continue avec une membrane mince et transparente, le canal de Nück. Excision, sutures, pansement au salol. Les suites furent bonnes et la malade sortit le vingt et unième jour.

La pièce paraît être une tumeur fibro-kystique de l'extrémité inférieure du ligament rond. La masse principale forme une tumeur allongée creusée d'un canal étroit, se continuant en

haut avec le cul-de-sac péritonéal et le ligament rond, se rétrécissant ensuite pour se terminer en bas en forme d'éventail ou de cône. Les kystes sont autour de cette tumeur.

En l'incisant longitudinalement, on voit la forme des parois d'un canal dont la partie supérieure se continue en s'aminuissant avec le canal de Nück et le ligament rond. Dans la paroi de ce canal, au niveau de sa partie rétrécie, est logée une petite tumeur facilement énucléable.

Les kystes entourant la tumeur proprement dite, sont situés sur les côtés et en arrière. Les latéraux au nombre de deux sont l'un à droite ou en dehors, l'autre à gauche ou en dedans, réguliers, unilobulés; ils s'insèrent à la partie supérieure de la tumeur, au niveau de sa continuation avec le canal de Nück. Ils sont piriformes, à sommet supérieur et à base inférieure arrondie. Le kyste doit renfermer un liquide clair, filant, légèrement teinté, et communique au niveau de son pédicule avec le canal de Nück.

Le kyste gauche, un peu moins volumineux, a des parois plus épaisses; il contient un magma blanchâtre, renfermant des cellules adipeuses, des cristaux d'acides gras, des corps granuleux et des cellules épithéliales.

En arrière de la tumeur, on voit un prolongement s'insérant en haut au même niveau que les kystes latéraux, d'abord volumineux et formé de petits kystes isolés à contenu clair et citrin, et diminuant au-dessous de la tumeur pour former un cordon irrégulièrement arrondi et s'insérant à la partie inférieure du pli génito-crural,

... En somme, cette tumeur paraît être développée aux dépens du ligament rond et du canal de Nück. La masse principale, formée de tissu conjonctif très vasculaire, peut être considérée comme une hyperplasie de l'extrémité inguinale du ligament rond.

Les kystes situés autour de la tumeur ont probablement des origines différentes. Le kyste droit, ou externe qui communique avec le prolongement péritonéal, est certainement une dépendance du canal de Nüch. Le kyste gauche ou interne, à contenu sébacé, est indépendant du canal de Nüch. Peut-être communiquait-il au début avec le prolongement péritonéal ; et la transformation graisseuse de son contenu a peut-être coïncidé avec l'oblitération de son pédicule. Quant aux petits kystes isolés, situés en arrière de la tumeur, et qui se continuent avec le cordon fibreux qui la fixait en bas au pli génito-crural, ils nous paraissent être des kystes séreux développés sous l'influence des frottements de la tumeur sur les plans profonds. Le développement des kystes latéraux est probablement dû à la même cause.

Les kystes, petits au début, simples dépendances du canal de Nüch, sous forme de diverticules, se sont progressivement accrus sous l'influence des frottements, des pressions pendant la marche et des phénomènes d'accroissement de la tumeur. Ces augmentations de volume au moment des règles nous paraissent explicables par la structure même de la tumeur et par sa richesse vasculaire. Il se produisait pendant ces périodes, des congestions analogues à celles des organes génitaux internes, d'où l'augmentation du volume et les douleurs.

On voit que dans ces cas, heureusement fort rares, la part que prend à la formation de la tumeur le processus péritonéal, est impossible à déterminer, surtout quand les symptômes rappellent plutôt ceux d'une tumeur solide du ligament rond. Ce qui d'ailleurs n'a qu'une importance minime, le même traitement, l'extirpation, étant le traitement de choix dans les deux cas.

7° Enfin Narbonne, dans sa thèse de Paris 1899, signale la possibilité de confondre un kyste du canal de Nüek avec un hygroma professionnel ou développé dans une bourse séreuse, due au frottement d'un bandage herniaire ou encore avec un lipôme. Dans le cas d'une femme portant un kyste dans la région inguinale gauche et opérée le 20 juillet 1898 à l'hôpital Saint-Antoine, le diagnostic porté avant l'opération était : lipôme de la paroi ou hydrocèle dans un sac herniaire déshabité. (Narbonne, thèse de Paris, 1899, p. 31).

Ajoutons enfin en terminant ce chapitre que, quelle que soit la cause et la nature du kyste du canal de Nüek, le pronostic est toujours bénin. Le kyste, il est vrai, n'a aucune tendance à la guérison spontanée ; mais il ne demande à être traité que par la gêne qu'il apporte ou par les accidents de pseudo-étranglement qu'il amène parfois quand il vient à s'enflammer.



CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Nous ne parlerons que pour mémoire des anciens traitements : résolutifs, ponction simple ou suivie d'une injection modificatrice, séton, incision. Grâce à l'asepsie et à l'antisepsie, le chirurgien dispose aujourd'hui d'une opération simple, extrêmement bénigne et dont il se retire toujours avec honneur pour peu qu'il connaisse sa région. Nous voulons parler de la cure radicale du kyste du canal de Nüch, c'est-à-dire l'extirpation totale du kyste avec destruction du canal et de l'infundibulum supérieur qu'il peut présenter. Cette opération est toujours possible ; — elle est bénigne ; — elle mst à l'abi des récidives ; — elle permet de faire la cure radicale de la hernie quand cette dernière af-

fection coexiste avec le kyste. Ajoutons que, pour notre cas personnel, l'opération fut faite sans anesthésie d'aucune sorte, ni au chloroforme, ni à la cocaïne.

Le premier temps opératoire est familier pour tous les chirurgiens, qui ont pratiqué la kélotomie pour une hernie inguinale. L'incision longitudinale de la peau; la section du tissu cellulograisieux et du vaisseau transversal, qui passe à deux centimètres au-dessous de l'anneau, sont des détails prévus sans hésitation. Il n'en est plus tout à fait de même, lorsqu'il s'agit de dégager la portion centrale du kyste et sa portion postéro-interne, en réservant pour la fin la libération de son pédicule et simultanément celle du sac herniaire. C'est dans ces circonstances, qu'il faut tenir compte de la description donnée par P. Broca, en 1851, à la *Société anatomique* de Paris.

« Qu'on se figure une bourse membraneuse à goulot long et étroit et à fond aplati. Qu'on l'introduise par la pensée entre la peau et l'aponévrose périnéale superficielle, de telle sorte que son fond soit tourné vers la fourchette et que son ouverture, dirigée en haut et en dehors, vienne aboutir à l'anneau inguinal externe, et l'on aura une idée exacte du sac, (que P. Broca décrit sous le nom de *sac dartoïque*).

« Ce sac commence au pli de l'aîne, au niveau de l'anneau externe; ses fibres proviennent en grande partie du *fascia superficialis* de la cuisse et de l'abdomen; quelques-unes d'entre elles cependant naissent directement de l'épine pubienne et du pilier externe de l'anneau. A partir de ce point, ces fibres descendent

obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, interceptant une cavité en forme de tronc de cône, dont la partie rétrécie, située en haut, sur l'anneau inguinal, reçoit aisément le doigt auriculaire. Devenant de plus en plus large à mesure qu'il descend, ce sac membraneux s'aplatit d'avant en arrière et se place dans l'épaisseur de la grandelèvre, entre la peau et l'aponévrose superficielle du périnée. Au niveau de la fourchette, ces deux parois se rapprochent, se confondent et ne forment plus dès lors qu'un seul feuillet qui se continue avec le *fascia superficiali* des parties latérales de l'anus.

« La face antérieure de ce sac est presque libre d'adhérences. Il suffit de quelques tractions pour la détacher de la peau, dont elle est séparée, seulement chez les femmes grasses, par quelques vésicules adipeuses. On opère très facilement cette séparation avec le manche du scalpel, (et mieux encore avec le doigt).

« La face postérieure est également libre d'adhérences dans sa moitié supérieure : là, on l'isole aisément avec la pulpe du doigt. Mais, dans sa moitié inférieure, c'est-à-dire depuis le niveau du méat urinaire, jusqu'au niveau de la fourchette, elle adhère à la face inférieure de l'aponévrose superficielle. Il faut disséquer pour séparer ces deux plans membraneux l'un de l'autre ; et il existe même un point, au niveau de l'insertion ischio-pubienne, où cette séparation est impossible. Là, en effet, ces deux plans se confondent dans une insertion unique.

« Le bord externe du sac est libre dans sa moitié supérieure ; mais, à partir de l'insertion du corps ca-

verneux, il s'implante sur la branche ischio-pubienne. Il en résulte que ce bord constitue en haut une espèce d'arcade à concavité externe et inférieure, arcade, dont l'extrémité supérieure s'insère sur le pilier externe de l'anneau et dont l'extrémité inférieure adhère à la branche ischio-pubienne. Pour apercevoir cette arcade, il suffit d'enlever la peau et quelques vésicules adipeuses; on voit alors un cordon blanc, épais et concave, sous lequel on introduit le doigt avec la plus grande facilité, ce qui permet de soulever la moitié supérieure du sac, aussi aisément qu'on soulève chez l'homme le cordon et ses enveloppes au dessous de l'anneau inguinal.

« Le bord interne du sac est convexe. — Dans sa moitié supérieure, il est en continuité avec le *fascia superficialis* du Mont-de-Vénus; il reçoit même quelques fibres qui proviennent du ligament suspenseur du clitoris. Il est séparé du bord correspondant de son homologue par un espace anguleux, dont l'ouverture est dirigée en haut, espace qu'occupe la masse adipeuse du Mont-de-Vénus. — Dans la moitié inférieure, le bord interne du sac s'amincit et adhère au derme de la grande lèvre dans le sillon qui la sépare de la nymphé.

« Le bord inférieur du sac offre une gouttière fort aiguë, dont l'ouverture est dirigée en avant. A ce niveau, le feuillet antérieur et le feuillet postérieur convergent très obliquement et se confondent en un feuillet unique, qui se continue avec le *fascia superficialis* du périnée.

« L'extrémité supérieure du sac, c'est-à-dire son ouverture s'applique exactement sur le pourtour de l'anneau inguinal.

« Si on introduit une sonde cannelée dans le canal inguinal par l'anneau interne, on voit l'instrument pénétrer sans difficulté dans le sac, en parcourir le goulot et aboutir à la grande lèvre. Il est clair par conséquent que ce sac doit servir d'enveloppe aux viscères qui s'échappent à travers le canal inguinal. — Enfin, la cavité du sac est remplie de graisse : c'est dans son intérieur qu'est contenu le bourrelet adipeux de la grande lèvre. Même sur les sujets les plus maigres, je n'ai jamais vu, ajoute P. Broca, cette graisse manquer complètement. La masse adipeuse adhère peu à la partie inférieure du sac ; à la partie supérieure elle adhère davantage. — Chez les femmes maigres, *on peut, en introduisant un insufflateur à travers la paroi antérieure, distendre avec le gaz les deux tiers inférieurs de la cavité*, presque aussi aisément qu'on insuffle la cavité des épiploons. Je n'ai jamais pu, avoue P. Broca, faire remonter l'air jusqu'au niveau de l'anneau inguinal ; l'adhérence de la masse adipeuse augmentant de bas en haut, j'ai toujours produit une rupture avant d'obtenir l'insufflation complète.

Ce n'est pas une raison suffisante pour établir une confusion entre le canal de Nück et le sac dartôïque.

A. Richet s'en est expliqué nettement dans son *Anatomie topographique* (Paris, 1866, 3^e édition, p. 766.)

« On a voulu, enseigne-t-il, faire jouer un grand rôle

à ce prétendu sac dartoïque, et le considérer, par exemple, comme le siège de l'hydrocèle chez la femme. Mais il suffira, pour réfuter cette manière de voir, de faire observer : 1^o que le dartos, qui n'est pas un sac, bien moins encore une membrane continue, est constitué par des fibres élastiques et ne peut, en aucune façon, sécréter un liquide séreux ; 2^o qu'on ne trouve, dans la cavité que recouvrent ses fibres, que de la graisse et l'extrémité pénicillée du ligament rond ; 3^o que les débris du corps de Rosenmuller, ou le corps innommé décrit par Giralès chez l'homme, dans le voisinage de l'épididyme, et qui sont regardés comme l'origine des hydrocèles enkystées du cordon, n'existent pas chez la femme ; 4^o qu'enfin aucune observation pathologique probante n'a encore été apportée à l'appui de cette opinion, qui n'a même pas pour elle l'analogie, puisqu'il n'existe point d'hydrocèle du dartos chez l'homme. »

Et M. le docteur Aug. Vasseur en conclut qu'il est *impossible* d'attribuer l'hydrocèle de la femme à une hydropisie du sac dartoïque, puisque ce sac dartoïque n'existe pas à proprement parler. (*Des kystes du canal de Nück* ; thèse ; Lille, 1894, p. 25).

« Le point le plus important à noter, c'est que le *ligament rond de l'utérus*, après avoir perdu le plus grand nombre de ses fibres qui s'implantent sur le pubis et sur les piliers de l'anneau, *s'engage dans le goulot du sac* et s'éparpille en plusieurs petits faisceaux blancs, qu'on peut suivre jusque dans la grande lèvre.

« Chez le fœtus, l'extrémité inférieure de ce prolongement péritonéal qu'on appelle *le canal de Nück* et qui accompagne le ligament rond, *vient se terminer en cul-de-sac dans le goulot de la bourse membraneuse*, que P. Broca décrit sous le nom de *sac dartoïque*. »

Il ne faut donc pas confondre le sac dartoïque avec le kyste du canal de Nück. Celui-ci est bien adhérent à celui-là en plusieurs portions de sa surface ; mais il en demeure absolument indépendant par d'autres portions. C'est pourquoi il importe de ne pas assimiler les rapports de l'un et de l'autre.

Lorsque le bistouri a traversé la peau et le tissu cellulo graisseux, il doit suivre le même trajet pour franchir en outre le sac dartoïque : c'est alors seulement que la paroi kystique se montre à découvert, avec ses caractères de mince transparence, qui laisse reconnaître la couleur citrine du liquide banal de l'hydrocèle.

La face antérieure est presque parfaitement libre d'adhérences ; on la dégage aisément, en passant le doigt en différents sens.

Les bords interne et externe sont à peu près aussi libres : Il faut bien quelques coups de ciseaux pour sectionner quelques adhérences ; mais celles-ci ne sont, ni larges, ni nombreuses. Ces rapports ne ressemblent donc pas à ceux du sac dartoïque.

Là où le contraste importe davantage, c'est du côté des limites inférieures du kyste. C'est là surtout qu'on apprécie l'exactitude de la description de P. Broca, lorsqu'il précise que le canal de Nück se termine en

cul-de-sac dans la bourse dartoïque. En effet, cette portion du kyste s'énuclée comme par enchantement, tandis que demeure fixée la portion correspondante de la bourse dartoïque, là où convergent les deux feuillets qui la composent, là où ceux-ci se confondent en un feuillet unique qui se continue avec le *fascia superficialis* du périnée.

Ainsi on dégage aisément toute la moitié inférieure du kyste ; c'est tellement facile, qu'il convient de ne pas inciser les téguments jusqu'à la limite inférieure de la tumeur : il suffit de s'arrêter à 5 ou 6 centimètres plus haut. Les tissus glissent, cèdent et se déplacent absolument comme le font ceux du scrotum, lorsqu'il s'agit d'énucléer le contenu d'un des deux côtés.

L'exérèse n'est plus aussi simple, lorsqu'il s'agit de la moitié supérieure du kyste. — Là, comme ailleurs, on évite de s'égarer entre les feuillets superficiels et très mobiles les uns sur les autres, si l'on observe bien la précaution de *rechercher toujours le contact direct avec la paroi du kyste*. C'est là surtout qu'on apprécie nettement la différence entre la bourse dartoïque et le kyste du canal de Nück. — Lorsqu'on ne perd pas le contact direct de la paroi du kyste, on coupe bien des faisceaux, dont les plus solides et les plus nombreux sont situés en dedans et en arrière. Dès que le pédicule est dégagé, on s'oriente et on reconnaît le pourtour de l'anneau inguinal, comme on a coutume de le voir pour les hernies inguinales quelles qu'elles soient. Ce n'est donc pas comme pour la bourse dar-

toïque, dont « l'ouverture s'applique exactement sur le pourtour de l'anneau inguinal. »

Pour en arriver là, il a fallu sectionner de nombreux faisceaux ; tous sont dirigés à partir du pédicule vers la surface du kyste, à peu près comme les plis d'un papier à filtrer dans le fond d'un entonnoir : le mieux est de les dégager un à un selon la longueur, de les charger sur le bout de l'index gauche et de les sectionner les uns après les autres et toujours à ras de la surface kystique. On y ajoute, au besoin, une pince à forcipressure. Le soin de l'hémostase temporaire est indiqué sommairement, mais à propos, par les auteurs qui ont signalé la vascularisation très riche de la paroi de kyste. En dehors de l'artère funiculaire, que l'on trouve dans le pédicule, ce sont des veines, que l'on sectionne au pourtour du sac ; (Wachselmann cite un cas où ces veines auraient atteint le volume d'un porteplume ;) et il suffit de compléter l'hémostase temporaire par la torsion.

Plus on approche du collet, plus on apprécie l'exactitude de la description du docteur P. Berthelin : « l'épaisseur des parois va généralement en augmentant de l'extrémité inférieure vers l'extrémité supérieure. Ce fait [est facile à comprendre, si l'on considère la disposition du tissu cellulaire à l'intérieur du sac dartoïque de Broca. En effet, la densité du tissu cellulo-adipeux que renferme cette poche va en augmentant de la partie inférieure vers la partie supérieure. La présence du kyste condense ce tissu et forme en haut un revêtement plus épais qu'en bas » (p. 43).

D'ailleurs, il arrive un moment où il n'y a plus d'intérêt à préciser davantage la différenciation des diverses couches de la stratification : c'est le moment où on est parvenu à bien discerner le pédicule lui-même et à le bien distinguer d'avec l'orifice du canal inguinal.

Pour bien apprécier les détails qui se rapportent à la fin de l'opération de l'extirpation complète du kyste du canal de Nück, il en faut bien connaître les rapports.

La meilleure description est celle de M. le docteur P. Berthelin, qui résume toutes les autres. « La direction générale du canal de Nück dépend de celle du ligament rond qui l'accompagne. Il est donc d'abord oblique de bas en haut et de dedans en dehors jusqu'à l'anneau interne du canal inguinal. Là, il se coude brusquement de façon à embrasser, dans sa concavité, la concavité des vaisseaux épigastriques et à se diriger obliquement de haut en bas et de dedans en dehors. Il se termine en bas en cul-de-sac, dans le goulot de la bourse fibreuse de la grande lèvre, nommée sac dar-toïque par Broca.

« On voit donc que ce canal présente deux portions bien distinctes : l'une obliquement ascendante ; l'autre obliquement descendante. En général, ces deux portions sont séparées l'une de l'autre par une cloison qui peut être complète, mais qui présente parfois aussi la forme d'un diaphragme d'optique, ou plus souvent, la forme d'une valvule semi-lunaire à bords nets et tranchants. (Cette disposition, que M. Ramonède avait décrite chez l'homme, a été retrouvée et signalée chez la

femme par M. Paul Berger, qui en a même fait un des signes caractéristiques de la hernie inguinale congénitale). De ces deux parties, la plus longue est située toute entière dans le canal inguinal et la portion supérieure de la grande lèvre ; elle a, en général, une forme ovalaire très allongée, plus allongée encore que la seconde dilatation décrite chez l'homme par M. Ramonède, parce que le canal inguinal est, chez la femme, beaucoup plus étroit que chez l'homme.

« La première partie du canal de Nück est encore dans la cavité abdominale ; elle s'abouche directement avec la séreuse péritonéale au niveau de ce que M. Ramonède a nommé le pli rétro-inguinal. Ce pli, dont les dimensions varient entre 5 et 15 millimètres, a des extrémités qui se confondent insensiblement avec les portions avoisinantes de la séreuse. Son bord mince et résistant est exactement appliqué sur la séreuse, limitant ainsi une fente plus ou moins linéaire qui est l'orifice du canal. Dans cette fente, on voit par transparence le ligament rond s'engager au bord interne, les vaisseaux épigastriques au bord externe. Dès que cette fente est franchie, on tombe dans une cavité infundibuliforme qui est la première partie du canal, beaucoup plus courte que la seconde, puisqu'elle ne mesure guère qu'un centimètre de longueur.

« Schématiquement, le canal de Nück présente donc la forme d'un U renversé à branches inégales embrassant dans sa concavité l'anse des vaisseaux épigastriques. Un rétrécissement pouvant aller jusqu'à l'oblitération complète, occupe le sommet de cet U et sépare

deux dilatations, l'une intra-abdominale et infundibuliforme, l'autre intra-inguinale et plus ou moins ovoïde ou piriforme » (p. 26).

Cette description est absolument exacte. On en vérifie les détails en terminant le temps du dégagement du collet (pour ainsi dire) du collet du kyste du canal de Nüek. C'est un peu laborieux, lorsqu'il s'agit de pénétrer dans un trajet inguinal étroit ; c'est beaucoup plus facile et plus net, lorsque la coïncidence d'une hernie inguinale congénitale est rendue manifeste par une certaine ampleur de l'orifice du canal inguinal.

Le temps opératoire qui consiste à ramener le plus possible de la portion intra-abdominale, est bien entravé par l'étroitesse du passage dans le premier cas ; (c'est alors, que le kyste se rompt sous les efforts combinés de traction et de dégagement) ; il y a d'autres sortes de dangers dans le second cas ; et il convient de les examiner successivement. On peut amener quelque viscère, notamment la trompe, en même temps que la séreuse péritonéale et le ligament rond. Pour y obvier, il convient de palper les tissus ramenés de la sorte. S'il y a un doute sur la nature de la portion, qu'il convient de ligaturer et d'exciser, il faut préalablement ouvrir le sac dont il s'agit, l'explorer à ciel ouvert et tenir la conduite appropriée. On peut exposer l'un des vaisseaux épigastriques à être intéressé par les ciseaux. Pour éviter cet accident, il suffit de dégager le sac herniaire, en serrant de très près la paroi de ce sac : on écarte ainsi les vaisseaux avec le tissu cellulaire de la région. D'ailleurs, en dehors de quelques

cas particuliers, il faudrait exagérer le temps opéré à toire dont il s'agit, et ramener une bien notable portion du péritoine pariétal, pour exposer l'artère épigastrique à être intéressée par la ligature du collet du sac. — Il n'y a pas lieu de craindre que la section du ligament rond expose à une rétroversion, ou à une rétroflexion utérine. En effet, le faisceau sectionné, bien que volumineux, n'est pas la totalité du ligament rond : ce n'est que l'un de ses trois faisceaux et la section faite sauvegarde l'intégrité des deux autres : l'un fixe médiatement l'angle de l'utérus à l'épine du pubis ; l'autre exerce une action analogue en se fixant sur la paroi inférieure du canal inguinal, (de la même façon que le *gubernaculum vestis* de Hunter se fixe, par son troisième faisceau, à la portion correspondante de l'arcade crurale.) De nombreuses observations démontrent que la persistance de deux faisceaux sur trois est une ressource suffisante pour maintenir la fixation de l'utérus. — Pour oblitérer l'orifice herniaire de la paroi abdominale, il n'y a vraiment aucune particularité qui distingue le cas spécial de la hernie congénitale avec coïncidence du kyste du canal de Nück : c'est absolument l'indication habituelle des hernies inguinales, sans aucune difficulté supplémentaire.

La ligature du collet peut inspirer quelques craintes : elle peut glisser peu à peu et se détacher du moignon. Il en résulterait une ouverture de la séreuse péritonéale, qui serait ainsi béante. — Pour obvier à cette particularité, il suffit d'appliquer au collet du kyste du canal de Nück la méthode qui est habituelle pour le

pédicule d'un kyste ovarien : un fil est passé par le milieu du collet au moyen d'une aiguille mousse, précédée ou non d'une sonde cannelée ; une goutte de liquide transparent, la sérosité péritonéale, s'écoule au moment de la traversée ; on serre le nœud sur chacune des deux portions successivement, ou bien on combine les deux nœuds à la façon de M. Delagenière ; enfin on coupe le collet à distance des fils. La portion libre du moignon n'est donc pas bifide ; le glissement et la chute des fils sont rendus impossibles par la conservation d'une sorte de pont de tissus conservés pour réunir les deux moitiés, qui ne sont dès lors que partiellement indépendantes.



CONCLUSIONS

I. — La hernie inguinale oblique externe coexiste souvent avec un kyste du canal de Nück.

II. — La pathogénie du kyste du canal de Nück est encore obscure.

III. — Le diagnostic du kyste du canal de Nück est parfois délicat, surtout quand il y a coexistence d'une hernie.

IV. — Le seul traitement rationnel est la cure radicale.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Aëtius*. — Contractœ ex veteribus medicina tetrabiblos, sermo IV, chap. 100.
- Balley*. — Quelques considérations sur les hernies congénitales, th. Paris, 1854, p. 12.
- Bends*. — Schmitt's Jahrbücher, 1853.
- Bonnett*. — New York medical Recorden, 1870.
- P. Berger*. — Sur quelques variétés de la hernie congénitale chez la femme (bulletin et mém. de la Soc. de chirurgie, 1891, tome XVII, p. 283).
- Traité de chirurgie, Duplay et Reclus, 2^e édition, 6^e vol. p. 264.
- Société de chirurgie de 1892, p. 651.
- Berthelin*. — Essai sur l'hydrocèle de la femme (th. de Paris, 1893-94).
- Beurnier*. — Thèse de Paris, 1886, les ligaments ronds de l'utérus.
- Boudaille*. — Des hernies inguinales congénitales chez la femme, th. de Paris. 1891.
- Bramann*. — Le canal vagino-péritonéal (arch. für Klinische chirurgie, tome XL, 1890).
- A. Broca* — Art. Inguinal du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

- A. Broca. — Les variétés anatomiques et clinique des hernies inguinales réductibles (Gazette hebdomadaire, 16 août 1889).
- Bulletins de la Société anatomique, 1851; 1887, 1888, 1889.
- Brochon, — Essai sur l'hydrocèle darthoïque (th. Paris, 1859).
- Brünner. — Beitrage für klinische chirurgie, IV.
- Cachau. — Kystes du cordon et du canal de Nück ; leurs relations avec les hernies inguinales (thèse de Paris, 1893-1894).
- Camper. — Abhandlungen der harlemer, Gesellschaft, t. II, page 137.
- Kleine Schriften, tom. III, 2^e partie, p. 181.
- Cavagnis. — Gazetta medica italiana-lombardia, 1880.
- L. Championnière. — Cure radicale de la hernie inguinale, chez la femme et en particulier de la hernie congénitale, Bull. de la Soc. de chirurgie, 1891, p. 388.
- Cloquet. — Recherche anatomique sur les hernies, th. Paris, 1817.
- R. Coley. — Hydrocèle in the female, Annales of. surgery, juillet 1892, p. 42.
- Cruveilhier. — Traité d'anatomie descriptive, 4^e édition, tome II, p. 470.
- Th. G. Cumston. — The Boston medical and surgical journal Thursday, 25 March 1897.
- De Darvieu. — Des tumeurs de la grande lèvre dites improprement hydrocèle de la femme, th. de Montpellier, 1867.
- Debierre. — Traité d'embryologie.
- Delanglade. — Société anatomique, juin 1894, p. 463.
- Deneux. — Mémoire sur les hernies de l'ovaire, th. Paris, 1813.
- Desault. — Journal de chirurgie, tome I, p. 251, 1791.

- Dubar.* — Des tumeurs liquides des grandes lèvres (th. Lille, 1888).
- Duplay.* — Des collections séreuses et hydatiques de l'aîne (th. de Paris, 1865).
- Archives de tocologie, 1882.
- Eisenhart.* — Centralblatt für chirurgie, 1894, p. 726.
- Fargas.* — Archives de tocologie, 1890.
- Féré.* — Progrès médical, 1878, p. 323, 479, 551, 643.
- Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1879.
- Flamings.* — Dublin hosp. gaz. rapportée dans la Gazette des hôpitaux, 1855, p. 31.
- Gaillard Thomson.* — On diseases of women, 4^e édition New-York, 1876.
- Gayraud.* — Hydrocèle chez la femme (Gazette hebdomadaire de Montpellier, 1888).
- Gegenbaur.* — Anatomie comparée de l'homme et des animaux. Traduction de Ch. Vogt, 1874.
- Gerk.* — Centralblatt für chirurgie, 1894, p. 828.
- Hennig.* — Ueber hydrocele muliebris. Archives für gynecologie, tome XXV.
- Herscher.* — Bulletin de la Société anatomique, mai 1897.
- Van Heuverswyn.* — Arch. de tocol. et de gynec. 1893, tome XX, p. 429.
- Lallement.* — Mémoires de la Société d'émulation de Paris, tome III.
- Lammert.* — Beitrage zurcasuistik der hydrocele feminæ (Münchener medicinische Wochenschrift XXXVIII, 1891).
- Lannelongue.* — Traité des kystes congénitaux.
- Lapeyre.* — Gazette des hôpitaux, 1895, p. 603, hydrocèle de la femme.
- Lecat.* — Transactions philosophiques, t. XLVIII, page 222, 1751.

- Lee.* — The Lancet, septembre 1857.
- Liermann.* — Centralblatt für chirurgie, 1895, p. 238.
- Mac Donnell.* — London medical gazette, 1849.
- Majewski.* — Centralblatt für chirurgie, 1895, p. 804
- Malassez.* — Bull. de la Société anatomique, 1871.
- Mencière.* — Kystes du canal vagino-péritonéal et kystes du canal de Nück, 1898.
- Michel.* — Centralblatt für chirurgie, 1891, p. 768.
- Mourey.* — Kystes des grandes lèvres. Thèse Paris, 1882.
- Niemann* — Dissertation inaugurale, Gottingen, 1882.
- F. Noll.* — Ueber hydrocele feminæ seu ligamenti uteri rotundi. Centralbl. für Gynakol, 1898, n° 29, p. 765.
- Nück.* — Adenographia curiosa et uteri foeminei anotome nova. Leyde, 1692.
- Palletta.* — Mémoire de l'institut italien, 1832, tome II.
- A Paré.* — Œuvres, Paris, 1614. Livre VII, chap. 18, p. 267; œuvres complètes, édition de Malgaigne, 1840, t. I, p. 346.
- Picqué.* — Encyclopédie de chirurgie, VII^e vol. p. 785.
- Puech.* — Des ovaires et de leurs anomalies. Th. Paris, 1873, p. 54.
- Rabère.* — Essai sur la pathogénie des kystes séreux dits hydrocèle chez la femme. Th. Paris, 1883.
- Ramonède.* — Canal péritonéo-vaginal. Th. Paris, 1883.
- Reboul.* — Tumeur kystique de la grande lèvre (Bull. de la Société anatomique, 1888).
- Regnoli.* — Interno l'idrocele delle donne Pise, 1832. Archives générales de médecine, II^e série, tome V, p. 128.
- Richelot.* — Académie de médecine, séance du 16 sept. 1890. Sur un cas de persistance du canal de Nück, Union médicale, 1890.

- Sacchi*. — Annali universali di Medicina, vol. 57, fasc. 171, Marco 1831, p. 437.
- Hugo Sachs*. — Untersuchungen ueber den Processus vaginalis peritonei. Arch. für klinische chirurgie 1887, XXXV, p. 321.
- Sappey*. — Traité d'anatomie descriptive.
- Skutsch*. — Société médicale d'Iéna séance du 24 novembre 1898, Gazette hebdomadaire 1899, p. 48.
- Ed. Schwartz*. — Semaine médicale, 7 octobre 1891.
- Thorn*. — Société médicale de Magdebourg, séance du 24 avril 1898 Gaz. hebdomadaire, 1898, p. 574,
- Tillaux*. — Traité de chirurgie clinique, tome II. Bulletin de l'Académie de Médecine, 1890.
- Velpeau*. — Dictionnaire en 37 vol. Mot. hydrocèle, 1837.
- Wechselmann*. — Archives de Langenbeck, 1890. Bd XL, p. 578.
- L. Weber*. — Contribution à l'étude des kystes vulvaires (kystes Wolffiens). Th. Paris, 1898, p. 63.
- Wile*. — The American journal of obstetrics and diseases of women, etc., 1881. vol. XIV, p. 585.
- Zuckerkanld*. — Ueber den Scheidenfornix des Bauchfelles und dessen Beziehung zur ausseren Leistenhernie (Arch. für klinische chirurgie, XX, 1876).

